

UNIVERSIDADE PAULISTA

ROBERTO DE AGUIAR JUNIOR

**O TEATRO COMO INSTRUMENTO PRÁTICO DE PROMOÇÃO DE
SAÚDE: UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO PELO CORPO SOB A ÓTICA
PSICANALÍTICA**

RIBEIRÃO PRETO

2023

UNIVERSIDADE PAULISTA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PRÁTICAS
INSTITUCIONAIS DE SAÚDE MENTAL

O TEATRO COMO INSTRUMENTO PRÁTICO DE PROMOÇÃO DE
SAÚDE: UMAPROPOSTA DE ATUAÇÃO PELO CORPO SOB A ÓTICA
PSICANALÍTICA

Dissertação de Mestrado apresentado
ao Programa de Pós-Graduação em
Práticas Institucionais de Saúde
Mental da Universidade Paulista –
UNIP, como parte dos requisitos para
a obtenção do título de Mestre em
Saúde Mental.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Ana
Paula Parada

ROBERTO DE AGUIAR JUNIOR

RIBEIRÃO PRETO

2023

Aguiar Junior, Roberto de.

O teatro como instrumento prático de promoção de saúde: uma proposta de atuação pelo corpo sob a ótica psicanalítica / Roberto de Aguiar Junior. - 2023.

126 f. : il.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental da Universidade Paulista, São Paulo, 2023.

Área de concentração: Saúde Mental nos Contextos Institucionais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Parada.

1. Psicanálise. 2. Arte. 3. Promoção de Saúde. 4. Reabilitação.
I. Parada, Ana Paula (orientadora). II. Título.

ROBERTO DE AGUIAR JUNIOR

**O TEATRO COMO INSTRUMENTO PRÁTICO DE PROMOÇÃO DE
SAÚDE: UMAPROPOSTA DE ATUAÇÃO PELO CORPO SOB A ÓTICA
PSICANALÍTICA**

Dissertação apresentada em 02 de outubro de 2023 ao Programa de Pós-Graduação de Práticas Institucionais de Saúde Mental da Universidade Paulista (UNIP) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr
Instituto

Prof. Dr
Instituto

Prof. Dr
Instituto

Dedico este trabalho aos estudantes, profissionais e pesquisadores que tenham interesse em trabalhar com promoção de saúde de modo científico, sério e responsável. Desejo que este trabalho seja um incentivo aos profissionais engajados em realizar estudos, discussões e intervenções junto à população, especialmente envolvida com a questão da drogadição.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por eu existir e me oferecer o meu lar amparado por minha mãe Marlene, falecido pai Roberto e irmãs Jane e Andreia com os quais tive as primeiras aprendizagens da vida que direta ou indiretamente me trouxeram até este momento.

Gostaria de agradecer aos meus diletos professores das artes visuais e da dança sem os quais não sei se teria desenvolvido esta coragem de atuar na relação com o outro de modo criativo.

Agradeço, neste momento à Universidade Paulista juntamente ao Professor Drº Paulo Benzoni por ter este ousado, desenvolvido e me proporcionado esta porta do Mestrado Profissional de Práticas de Saúde Mental, através da qual pude vivenciar este caminho desafiador e que tanto me engrandeceu.

Agradeço a minha orientadora Professora Drª Ana Paula Parada que com excelência tanto me acolheu, me instruiu, soube me conduzir e foi minha companheira nestes importantes momentos, enquanto no desenvolvimento de nossa pesquisa de mestrado.

Agradeço aos diletos tutores Ana Carolina Castanho, Carol Eltink, Isabel Cristina Carniel, assim como ao Paulo Benzoni e Ana Paula Parada, os quais durante nosso curso de mestrado se dispuseram a dividir seus conhecimentos para que os assimilasse, tanto quanto os usasse para enriquecer esta pesquisa.

Agradeço a Professora Maria Letícia Wierman, membro da SBPRP por nesse caminho de construção intelectual científico diretamente me auxiliar em minha desconstrução, fazendo-me sonhar com a psicanálise e mais propriamente com Bion.

Agradeço aos amigos do mestrado Samanta, Taís, Jean, Geanne, Eleise, Ana Julia, Maria Fernanda pelo carinho e caminho vivido com experiências enriquecedoras e de amizade.

Assim, como agradeço a Secretária Jussara que sempre estava pronta para me acolher e me ajudar junto aos trâmites e exigências burocráticas da instituição.

Agradeço aos voluntários e instituição que me auxiliaram oferecendo-se para com o nosso trabalho de mestrado, me mantendo na importância de fazer uma boa e coerente pesquisa para ser um melhor profissional de Saúde Mental.

Agradeço aos meus amigos do coração que me sustentaram e apoiaram durante este desbravar acadêmico e, em especial à psicóloga Patricia Caciatore que tanto se doou para eu poder aplicar e registrar as atividades práticas desta pesquisa.

Agradeço à Arte e à Psicologia por eu existir nelas e, com elas poder desbravar o novo que sempre se descortina e nos testa aprimorando.

“O trabalho sobre a natureza humana, nessas situações silenciosas, permite encontrar os momentos em que a palavra ainda não existe”. (Jacques Lecoq, 2010, p.60)

RESUMO

O fenômeno drogadição teve aumento representativo desde 2021 em todo o mundo. Por anos foram aplicados tratamentos conservadores alinhados ao modelo Hospitalocêntrico e o modelo Moral-Religioso. Entretanto, ressalta-se a defesa do Ministério da Saúde do Brasil sobre a oferta aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, de serviços como acolhimento, atenção integral e estímulo à sua integração social e familiar. Nesse sentido, a resolução nº 101 lei 6.368/76 (ANVISA) veio contribuir com a implementação de modelos de trabalhos eficientes aos problemas psicossociais, destacando o uso da arte. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo investigar o uso de dinâmicas teatrais como técnicas de grupo para promoção de saúde mental, visando observar possíveis expressões emocionais e fenômenos psicológicos emergentes durante as práticas com os pacientes em tratamento de reabilitação química. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, que utilizou entrevistas semiestruturadas aplicadas individualmente, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. Também foram realizados 06 encontros grupais, nos quais houve aplicação de técnicas teatrais não-verbal, seguidas por um debate, estas também foram filmadas e posteriormente transcritas integralmente. Os encontros grupais foram denominados como: 1. O despertar para o nascimento, 2. No descobrir pelo caminhar, 3. No encontro por seu andar, 4. Do anda à improvisação, 5. Na relação e 6. Ping-pong sem raquete. Os resultados das entrevistas foram analisados pelo modelo de análise temática, e, dos grupos sob à luz da Psicanálise. Sobre os resultados das entrevistas, destaca-se a identificação de 6 categorias temáticas: 1. Infância; 2. Adolescência; 3. Pensamentos e sentimentos; 4. História da drogadição; 5. Tratamentos e 6. Mente, corpo e autoimagem. Em suma, as entrevistadas relataram vivências traumáticas na infância, marcadas por perdas, violência doméstica e/ou negligência dos pais quanto aos cuidados básicos. Além disso, a maioria também relatou lembranças e convivência com o álcool e drogas desde o início da vida. Durante os grupos foi possível observar entre as participantes dificuldades de concentração, ficar em silêncio, constrangimento, tensão e ansiedade junto à realização das dinâmicas. Notou-se baixa capacidade criativa, rigidez e dificuldade de simbolização e improvisação. Durante os debates, as participantes ressaltaram que algumas sensações corporais/físicas proporcionadas pela dinâmica, despertaram incômodo e angústia. Relataram também, medo de errar e a emergência de fantasias infantis, cuja temática envolvia culpa e/ou perseguição. O surgimento de tais sentimentos e fantasias durante a dinâmica teatral, com a possibilidade de identificá-los e compartilhá-los verbalmente durante o debate, constituiu-se como um processo de possíveis ganhos terapêuticos. Enfim, o presente trabalho atendeu ao seu objetivo geral de investigar o

uso de dinâmicas teatrais, focadas na expressão pelo corpo/movimento, como técnica de grupo para promoção de saúde mental.

Palavras Chave: Psicanálise, Arte, Promoção de Saúde, Reabilitação.

ABSTRACT

The drug addiction phenomenon has seen a significant increase since 2021 across the world. For years, conservative treatments aligned with the hospitalocentric model and the Moral-Religious model were applied. However, the Brazilian Ministry of Health's defense of offering users of alcohol and other drugs and their families services such as reception, comprehensive care and encouragement of their social and family integration stands out. In this sense, resolution 101 law 6,368/76 (ANVISA) contributed to the implementation of efficient work models to address psychosocial problems, highlighting the use of art. Therefore, the present study aimed to investigate the use of theatrical dynamics as group techniques to promote mental health, aiming to observe possible emotional expressions and emerging psychological phenomena during practices with patients undergoing chemical rehabilitation treatment. This is a qualitative study, which used semi-structured interviews administered individually, which were recorded and transcribed in full. Six group meetings were also held, in which non-verbal theatrical techniques were applied, followed by a debate, these were also filmed and later transcribed in full. The group meetings were called: 1. Awakening to birth, 2. Discovering through walking, 3. Meeting through your walk, 4. From walking to improvisation, 5. In relationships and 6. Ping-pong without a racket. The results of the interviews were analyzed using the thematic analysis model, and of the groups in the light of Psychoanalysis. Regarding the results of the interviews, the identification of 6 thematic categories stands out: 1. Childhood; 2. Adolescence; 3. Thoughts and feelings; 4. History of drug addiction; 5. Treatments and 6. Mind, body and self-image. In short, the interviewees reported traumatic experiences in childhood, marked by losses, domestic violence and/or parental negligence regarding basic care. Furthermore, the majority also reported memories of and coexistence with alcohol and drugs since the beginning of their lives. During the groups, it was possible to observe among the participants difficulties in concentrating, remaining silent, embarrassment, tension and anxiety when carrying out the dynamics. Low creative capacity, rigidity and difficulty in symbolization and improvisation were noted. During the debates, the participants highlighted that some bodily/physical sensations provided by the dynamics aroused discomfort and anguish. They also reported fear of making mistakes and the emergence of childhood fantasies, whose themes involved guilt and/or persecution. The emergence of such feelings and fantasies during the theatrical dynamics, with the possibility of identifying and sharing them verbally during the debate, constituted a process of possible therapeutic gains. Ultimately, the present work met its general objective of investigating the use of theatrical dynamics, focused on expression through

the body/movement, as a group technique for promoting mental health.

Keywords: Psychoanalysis, Art, Health Promotion, Rehabilitation.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPs-	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID-	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópticas
CFP-	Conselho Federal de Psicologia
CPA-	Centro de Psicologia Aplicada
CT-	Comunidade Terapêutica
ECA-	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
EUA-	Estados Unidos das Américas
MS-	Ministério da Saúde
OMS-	Organização Mundial da Saúde
ONU-	Organização das Nações Unidas
RAPS-	Rede de Atenção Psicossocial
RD-	Redução de Danos
SPA-	Substância Psicoativa
STOR-	Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação
SUD-	Sistema Unificado de Desenvolvimento de Saúde Americano
SUS-	Sistema Único de Saúde
UNODOC-	United Nations Office on Drugs and Crime

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Entrevistas: Categorias e Subcategorias	p. 34
Tabela 2- Encontros Grupais: dinâmica teatral + debate	p. 81/82

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	17
1.1. O Fenômeno da drogadição: definição e dados epidemiológicos.....	17
1.2. Proposta de tratamentos à drogadição no Brasil	20
1.4. O instrumento arte no tratamento da drogadição: o movimento do corpo pelo teatro em diálogo com a psicanálise	25
2.JUSTIFICATIVA	27
3.OBJETIVOS	27
3.1 Objetivo geral.....	27
3.2 Objetivos específicos.....	27
3.3 Hipóteses	28
4. MÉTODO	28
4.1 Tipo e delineamento de estudo.....	28
4.2 Participantes	28
4.3 Instrumentos.....	29
5.PROCEDIMENTOS	30
5.1 Coleta de Dados	30
5.2 Análise de dados	32
5.3 Cuidados éticos	32
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	33
6.1. Categoria - Experiências negativas da infância.....	34
6.1.1 Subcategoria - Perdas e lutos: relatos de separação conjugal dos pais e mortes/falecimentos..	36
6.1.2 Subcategoria - Violência: experiência de violência, física ou psicológica:	37
6.1.3 Subcategoria - Convivência com álcool e drogas: relatos de experiências de consumo de álcool e drogas pelos pais ou responsáveis	39
6.2. Categoria - Experiências da adolescência.....	41
6.2.1 Subcategoria - Falta de apoio familiar e social	42
6.2.2 Subcategoria - Vida conjugal ou amorosa precoces.....	44
6.3. Categoria - Pensamentos e sentimentos atuais prevalentes	48
6.3.1. Subcategoria - Vida relacional	52
6.4. Categoria - História da drogadição	54
6.4.1. Subcategoria - Significados atribuídos às drogas.....	57
6.5. Categoria – Tratamento	60
6.5.1 Subcategoria - Motivos para iniciar o tratamento	62
6.5.2. Subcategoria - Resultados desejados e expectativas	64

6.5.3 Subcategoria - Resultados reais: resgate de atividades/ cuidados diários, resgate de sensações corporais	66
6.5.4 Subcategoria - Modelos de tratamento	69
6.5.5 Subcategoria – Recaídas.....	72
6.6. Categoria - Relação mente, corpo e Autoimagem	75
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ENCONTROS GRUPAIS	80
7.1. Encontro 1:	82
7.2. Encontro 2:	86
7.3. Encontro 3:	90
7.4. Encontro 4:	94
7.5. Encontro 5:	98
7.6. Encontro 6:	101
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	118
Apêndice B – Roteiro de entrevista	120
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	120
QUESTÕES NORTEADORAS	121
Bloco 1 - Dados da história de vida	121
Bloco 2 - Histórico da drogadição e tratamento	121
Bloco 3 – Dados sobre a mente-corpo e autoimagem.....	122
Encontro 1: O despertar para o nascimento	123
Encontro2: no descobrir-se do caminhar	123
Encontro 3: No encontro com o seu andar	124
Encontro 4: do andar à improvisação.....	125
Encontro 5: Na relação.....	125
Encontro 6: o ping-pong sem raquete	126

1.INTRODUÇÃO

1.1. O Fenômeno da drogadição: definição e dados epidemiológicos

O Fenômeno drogadição tem crescido em âmbito global; até 2012 estimava-se que 205 milhões de pessoas utilizavam drogas ilícitas, sendo que 25 milhões eram dependentes (Pereira et al., 2012). Em 2021, um aumento representativo foi percebido “275 milhões de pessoas usaram drogas e mais de 36 milhões sofreram de transtornos associados ao consumo de drogas”, de acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (2021).

Em âmbito nacional, a pesquisa promovida pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2005) em 108 maiores cidades do Brasil, indicou que aproximadamente 22,8% dos entrevistados tiveram participação direta junto ao uso de drogas ilícitas, correspondendo a uma população de 10.746.991 pessoas. Identificaram que 8% usaram maconha; 6,1% usaram solventes (substância sintética); 4,1% usaram orexígenos (estimulante de apetite); 2,9% cocaína; 0,7% crack; 0,2% merla (cocaína com ácido sulfúrico); benzodiazepínicos (ansiolíticos) foi usado por 5,6%; estimulantes anorexígenos (desestimulante de apetite) por 3,2% e a heroína por 0,09%.

Entre 2010 e 2019, o número de brasileiros que usam drogas aumentou 22%, em parte devido ao crescimento mundial, pontuando, ainda a importância de olhar para os resultados prejudiciais da droga sobre a saúde mental, atingindo desde jovens, adolescentes e adultos (UNODC, 2021).

As ocorrências foram registradas não somente em grandes centros urbanos, mas em pequenas cidades, além de um grande aumento de consumo de drogas em países em desenvolvimento, registrado durante o período de 2000-2018. A pobreza, a pouca educação e a marginalização social continuam atuando como fatores que aumentam o risco de transtornos associados pelo uso da droga. (UNODC, 2020).

Nota-se que vários fatores contribuem com o processo de drogadição que tem se expandido no mundo, forçando políticas públicas serem desenvolvidas e se comprometerem diretamente com a promoção de saúde junto ao indivíduo dependente químico. Estudos voltados à temática têm considerado o usuário de drogas não mais como um marginal, respeitando devidamente a sua singularidade como um ser humano, com uma necessidade de reabilitação. Nesse sentido, Sudbrack e Cestari (2005), ressaltam:

A dependência de drogas não se reduz a uma relação linear de causa e efeito, mas insere-se numa perspectiva complexa envolvendo diversas variáveis que interagem entre si tornando cada caso singular. O fenômeno da dependência não pode ser explicado como uma forma de delinquência, nem como um problema restrito a causas físicas e orgânicas. Deve-se considerar todo o contexto. (Sudbrack e Cestari, 2005, Anais do 1º Simpósio Internacional do Adolescente).

Quando se fala sobre a droga, esta sempre esteve presente entre as diversas sociedades na história do mundo. Já foi denominada como tóxico (veneno) e fármaco (remédio), ou, ainda, como paixão, conforme Bento (2006). Paixão esta que se refere como sendo a atitude passiva do indivíduo que se permite se destruir subjugado ao tóxico ativo que agride e ataca (Bento, 2006) e, ao que o mitólogo Campbell (1990) dirá se tratar da imersão nas águas do místico sem estar preparado para tal mergulho.

Aqui sugere-se observar sem a intenção de se aprofundar no estudo etimológico, sobre algumas nomenclaturas utilizadas no discurso da drogadição para maior entendimento e enriquecimento do estudo: adicção, dependência química, usuários de drogas, tóxico, toxicomania, drogados.

Ao aludir sobre adicção, segundo Bergeret (1981), (Nunes, 2004 como citado em Marcos, 2012, p.50) “aponta a origem do termo adicção, [...] francês antigo, em referência a um aprisionamento do corpo ao qual uma pessoa era submetida durante o período em que estivesse com dívidas”. Entretanto, pelo olhar do DSM-5, a dependência química é vista como uma doença incurável, crônica, progressiva e potencialmente fatal quando não tratada.

Quanto ao usuário de drogas fala-se do indivíduo que possui uma intensa e constante relação de dependência com a droga (Kiai, 2012).

Ao se referir, no entanto, ao tóxico e/ou toxicomania Bento (2006) diz, o primeiro tratar-se historicamente de flecha envenenada utilizada para atacar ou flagelar o inimigo, enquanto o segundo surgindo como nomenclatura no final do século XIX se concebe a partir daquela imagem de ataque, associando e expressando-se como flagelo social e ideia de doença.

Ressalta-se, ainda, que apesar da diferença de época em que os termos surgem, ambas as nomenclaturas trazem em si a ideia de “‘substância química’ que ataca o organismo” (Bento, 2006, p.183-184).

Elucidando sobre a toxicomania sob o viés psicanalítico, Marcos (2012) afirmou:

Comentando um caso clínico em uma carta a Fliess, em 11 de janeiro de 1897, Freud retoma o fenômeno toxicomaníaco como um sintoma, relacionando sua gênese à repressão de uma pulsão sexual que é substituída por outra a esta associada criando uma "compulsão substitutiva. (p.60)

Segundo Freud, a toxicomania passa a ser observada não mais somente pelo aspecto da substância química e intrusiva, mas ao fator interno e psicológico do indivíduo, enquanto tentativa de sobreviver aos conflitos provocados pelo id e pelo perverso superego (Freud, 1996).

Já, o conceito de “drogado”, dito inicialmente por Fiore (2004), indica uma confusão entre a identidade do sujeito com a substância psicoativa ingerida, o que norteia por viés preconceituoso e negativo a vida daquele a “uma condição de existência permanente (ser um “drogado”). O “drogado” ou o “viciado” aparece em diversas falas, inclusive dos médicos pesquisados, como o dependente ou adicto” (p.7-8).

Quando se fala sobre drogadição, trata-se de uma situação específica em que a pessoa está adicta à droga, apaixonada ou em estado de afecção junto ao tóxico (Bento, 2006). De acordo com a literatura, tal problemática pode-se apresentar como um movimento de subserviência que se deu, frente à disseminação mundial da droga, enquanto o próprio homem dirigia-se ao desenvolvimento de químicas para remediação ou cura; umavez que foi com o avanço científico junto a diversos setores que trabalham diretamente coma área química, que ela teve seu acesso direto à sociedade (Queiroz; Schimith, 2019).

No DSM-5/2013, a classificação “Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos”, corresponde ao uso de todas as drogas que ativam área de recompensa do cérebro, reforçando comportamento tanto quanto produção de memória, os quais intensificados negligenciam atividades normais (DSM-5). Tais transtornos foram divididos em dois grupos: transtorno por uso de substância e transtorno induzido por substância.

O transtorno por uso de substância baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso. Encaixam-se nos agrupamentos gerais de baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos; caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentos e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância.

Sobre os transtornos induzidos por substâncias fala-se diretamente do processo de intoxicação, de abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância e/ou medicamento, como por exemplo: o transtorno psicótico e o transtorno depressivo induzidos por substâncias.

O diagnóstico de Adicção e/ou dependência química, catalogado pelo CID-10 como F10-F19, pode ocorrer por dados fornecidos pelo próprio paciente, análise objetiva de amostras de urina ou sangue; assim como outras evidências como drogas na posse do paciente, sinais no corpo, sintomas clínicos ou relatos de terceiros.

Considerando os dados epidemiológicos, o profissional da área de Saúde Mental deve

atentar-se aos instrumentos, estudos e ações que venham a contribuir diretamente coma prevenção, promoção e intervenção à drogadição. Tratando de ações de promoção de saúde, o Brasil tem se mostrado de modo atuante desde a Reforma Psiquiátrica ocorrida na década de 70; a qual de modo incisivo e contumaz, junto à Saúde Mental, posiciona-se firmemente frente às políticas públicas, para conquistar mais qualidade e direitos humanos aos que passam por distúrbios psicossociais. Tais práticas tem alcançado resultados positivos, no que se refere à problemática da drogadição no Brasil (Amarante, 2021).

Ressalta-se um importante movimento ocorrido a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2002, que promoveu mudanças junto à política pública, como a portaria nº 336/02 que estabelece a anuência junto ao CAPS ad de adultos com uso abusivo de álcool e outras drogas. Promoção que se reverteu em crescimento expressivo e quantitativo dos serviços junto aos adictos, porém que também gerou o abandono às contribuições e experiências do NAPS; intensificou financiamentos por produtividade dos CAPS, repercutindo um representativo déficit da qualidade dos serviços prestados; tanto quanto à formação precária de profissionais (Amarante, 2021).

1.2. Proposta de tratamentos à drogadição no Brasil

No que diz respeito ao tratamento junto aos usuários de drogas, Fernandes & Ribeiro (2013) apontam a existência de dois modelos tradicionais que norteiam as terapias em instituições de saúde mental, os quais são referidos como: o modelo médico/ hospitalocêntrico e o modelo moral seguindo viés religioso.

O primeiro modelo, observa a drogadição como uma problemática psicopatológica enfatizada no biológico e orgânico, tendo como tratamento terapias farmacológicas com fim de curar o usuário, o que equivale ao usuário abster-se do uso da droga. O segundo modelo propõe ao usuário tornar-se abstinente, moldando-se ao comportamento desejado pela instituição e, assim, alcançando a cura. (Fernandes & Ribeiro, 2013).

Encontra-se, também na literatura sobre as comunidades terapêuticas¹ (CT) criadas para sujeitos usuários de SPA, como alternativas para tratamento de reabilitação destes. CTs estas que os usuários de drogas muitas vezes vão em busca por se sentirem rejeitados socialmente e por escassez de instituições voltadas para o tratamento. (Raupp & Sapiro, 2008).

Raupp e Sapiro (2008) fizeram a seguinte observação reflexiva a respeito

¹- modalidade de atenção, surgida na Grã-Bretanha na década de 1940, utilizada para a atenção a pacientes psiquiátricos crônicos. (De Leon, 2003)

[...] as CTs difundem-se cada vez mais, geralmente por iniciativa de ex-usuários de drogas, os quais fundam novas comunidades, segundo o modelo daquelas nas quais obtiveram recuperação, geralmente sem contar com os recursos e a formação necessários para adequar seu funcionamento aos requisitos exigidos por lei. (p.362)

Observa-se, porém, a intervenção da política pública através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária junto à importância da regulamentação da forma de Tratamento e Recuperação para com as pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, determinadas pela Resolução nº 101 de 2001, que considera a Lei nº 6.368/76 em seu cap. II.

Esta regulamentação procura definir funções, setores e profissionais necessários para um bom andamento da reabilitação da drogadição em espaços extra-hospitalares, assim como definir posicionamento interdisciplinar entre os tratamentos existentes, levando em consideração o paciente acima dos preconceitos ideológicos criados por este ou aquele viés que se proponha atuar junto ao sujeito usuário de SPA. (ANVISA, 2001).

Percebe-se por articulações como a da ANVISA, geradas por políticas públicas, uma atenção ao importante cuidado do saber científico com a regulamentação e orientação às comunidades terapêuticas para se tratar o sujeito em drogadição, atendendo à singularidade dele. Este não deve ser “curado”, deve ser reintegrado à sociedade e a sua história. O sujeito precisa então ter liberdade e autonomia de decisão sobre o tratamento, o qual deve ser compreendido como um processo de transformação alicerçado por evidências científicas, e oferecidos por profissionais da saúde mental, respeitando as normas éticas.

Do ponto de vista clínico, “é imprescindível a existência de um plano terapêutico individual que leve em conta a história e a biografia do sujeito”, segundo a Anvisa (2001) e Raupp & Sapiro (2008) (p.361).

Nesse sentido, Sudbrack, Cestari (2005) apontam:

A abordagem da drogadição [...], nos diferentes contextos de atuação exige uma reflexão fundamental quanto aos pressupostos que embasam a intervenção a ser realizada, sob o risco de estarmos, em nome de um tratamento, reforçando ainda mais a criminalização do sujeito. Não é suficiente garantir tratamento, mas, refletir sobre a ideologia subjacente ao modelo utilizado. (Sudbrack e Cestari, 2005, Anais do 1º Simpósio Internacional do Adolescente).

Em 2004 foi implantada a Portaria Nº. 2.197 pelo Ministério da Saúde do Brasil, para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Em seu parágrafo 4º inciso I, oferta-se aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, acolhimento, atenção integral (práticas

terapêuticas/preventivas/de promoção de saúde/educativas/de reabilitação psicossocial) e estímulo à sua integração social e familiar. (MS, 2004)

Percebe-se, haver importante movimento das políticas públicas em prol de intervenções diretas e efetivas junto ao usuário de SPA pelo setor da saúde mental através de praticadas responsáveis, garantindo o sucesso de suas ações transformadoras (Oliveira et al., 2012).

Quanto a opinião do CFP (2015) ele defende a utilização da Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência em saúde mental como critério a ser adotado para composição das equipes multidisciplinares das Comunidades Terapêuticas. Contudo, o texto da resolução é insuficiente e genérico, comprometendo a fiscalização da qualidade dos serviços prestados.

Atualmente descrevem-se diferentes tipos/modelos de intervenções psicológicas junto à drogadição, se observa:

- A psicoterapia cognitiva comportamental que oferece resultados de tratamento em menor tempo, embasado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (Alford, Beck como citado em Beck, 2013, p.22);
- As psicoterapias clínicas que se caracterizam pelo acolhimento e o escutar ao paciente, o qual geralmente se encontra em necessidade de empatia tanto quanto de se sentir seguro;
- Os grupos de Mútuo-Ajuda “Anônimos” como o AA (alcoólicos anônimos) ou o NA (narcóticos anônimos), os quais tratam no processo tanto do paciente quanto dos familiares (Alarcon & Jorge, 2012)
- Apoio Matricial, o qual trabalha por meio da interconsulta, propondo discussão de casos, orientação e disponibilidade para auxiliar em intercorrências, por telefone ou presencialmente, os profissionais dos Centros de Pronto Atendimento. O objetivo deste trabalho é “pensar ações de promoção de saúde e prevenção ao uso prejudicial em AD junto à rede básica (Conselho Federal de Psicologia, 2011-2013).
- Grupo de Vivências, cujo objetivo é oportunizar aos participantes um espaço de expressão, de comunicação e de discussão dos sentimentos relativos aos planos de abstinência e de implementos de mudanças; como prevenção à recaída pelo estímulo de alto risco (EAR) a distração, a qual cria uma estratégia para preencher o período entre a necessidade de usar e o fazer uso da droga (Benetti, Caminha, Karkok, 2005).

1.3. O teatro: arte interventiva e transformadora na sociedade

Segundo Berthold (2010), “o teatro é tão velho quanto a humanidade” (p. 03) e propõe uma forma de expressão mágica junto à sociedade por meio do ator que representa, como ato transformador em que se eleva acima das leis e regras da vida cotidiana, inspirando e estimulando à plateia vislumbrar o que há além de sua própria rotina, assim como se perceber nela (Berthold, 2010).

Traçou-se, assim, um vínculo entre o teatro e o sujeito que tem sido descrito pela expressão artística do próprio pulsar da vida que se revela desde o surgimento primitivo do homem, permeando a sua história com força suficiente para existir como linguagem corporal desde então e, pela qual o sujeito iniciou a manifestação de sua comunicação através de rituais, encantamentos e conjurações com os quais o homem foi personificando e identificando os poderes naturais (Berthold, 2010), tanto quanto foi se personificando e se identificando por eles.

Ao que se percebe, o sujeito ter se conduzido em sua construção como protagonista de sua própria vida pela mimese que o possibilitava referenciar-se a partir do outro que passava a copiar e conseqüentemente a se experimentar, primeiramente pela cópia da forma externa deste outro, até se atingir na sua própria dinâmica interna dada pelo sentido que encontrava por aquele experimentar-se (Lecoq, 2010).

Atuar pela transformação e reinterpretação na qual o ator se dá com intenção de representar um personagem no intuito de reapresentá-lo a quem o assiste, gerando a este um efeito qualquer catártico, mostra-se a arte do teatro de alguma maneira sugerir-se como um instrumento de significado psicológico, pois como disse Aristóteles (2011, p. 49) “O membro da plateia absolutamente não assiste à peça trágica, mas sim participa sensorial e emocionalmente dela, ou melhor, vive a tragédia veiculada pelos personagens”.

Rosenfeld (2009) defendeu que, o Teatro é o lugar onde se vê, descrevendo-o não se tratar apenas de um teatro-espaco onde o sujeito o utiliza para ver a cena, porém um espaco-teatro onde ele passa a fazer parte do contexto, sendo ator importante da cena em que a peça transcorre de modo que, durante uma comédia, por exemplo “rimos de nós mesmos, de nossa fraqueza e fragilidade” (p. 109).

Burnier (2009) que retratou a “arte de ator” trouxe um pensamento que se difere do interpretar enquanto “traduzir”, defendendo que o ato de representar significa “estar no lugar de”. Desse modo, pode-se observar o teatro, ainda que primitivo em sua base, firma-se ao longo do tempo como um instrumento que contribui para com o sujeito que o vive, como ferramenta transformadora de pensares.

Observa-se, assim, uma evolução que foi se manifestando junto ao sujeito através da atividade corporal que o conduziu concomitantemente a emissão de sons, com os quais por onomatopeias e a mimese, passou-se a balbuciar suas primeiras palavras que o conduziram à capacidade cada vez mais de fantasiar, idealizar e de pensar. Por meio destas imagens surgiu certo prazer pelo simbólico, que levou o sujeito a um entendimento maior sobre as coisas em seu entorno, tanto quanto sobre ele mesmo, por sua capacidade poética de se descrever (Aristóteles, 2011).

Percebe-se o teatro oferecer ao sujeito como vida e ficção que se confundem e auxiliam no processo da fala do ator, a qual ao ser pronunciada e o fazendo se escutar gera certo conflito inevitável e necessário para se descobrir no personagem que esteja desenvolvendo, a fim de “estar no lugar de” (Burnier, 2009, p. 21). Neste sentido, Lecoq (2010) faz uma reflexão sobre o nascimento do ator enquanto palavra ocorrer pela reinterpretação psicológica que surge do silêncio que antecede à palavra indicando, assim, aquele nascimento ser sugerido e instigado pelo corpo, a partir do sentido que ele propõe ao ator através da via do não discurso, do não explicativo.

Ao se falar sobre o silêncio como fonte da palavra verbalizada, observa-se sobre o tempo do corpo para o teatro Butô, ser ele identificado pelo conceito denominado “*ma*”. Neste “O tempo é considerado em sua duração infinita à medida do universo, em vez de ser reduzido a uma duração limitada à medida do homem. O tempo oriental - hindu ou japonês - não tem começo nem fim. Repete-se perpetuamente, periodicamente, idêntica” (Hijikata, como citado em Aslan et al., 2002/2004/2010, p. 68).

Burnier (2009, p. 149) a este respeito comenta que: “O “*ma*” é a ação na imobilidade, uma pausa suspensa no espaço, mas que continua no tempo”.

De modo que para se perceber este tempo atemporal no teatro, nota-se a importância imprescindível de entendê-lo pelo corpo que, por sua evolução propõe uma busca por meio do desequilíbrio para atingir-se no equilíbrio que o sugira aquele se escutar através do silêncio. A esse respeito (Antunes como citado em Milaré 2010, p. 96) comenta:

O desequilíbrio estabelece um conjunto de condições “para que não haja nenhum tipo de tensão ou contração muscular além das necessárias e suficientes”. Trata-se de “um processo dinâmico, onde o ator deve massagear os músculos e ter controle do corpo, para que este fique apto a responder a qualquer estímulo. Isto porque “toda tensão desnecessária é um obstáculo intransponível para a expressão artística. O corpo só reage ou percebe os estímulos se estiver desbloqueado e à mercê da situação proposta.

Para se afirmar a importância do corpo para o teatro, segundo Burnier (2009, p. 39) a “ação de tensionar que é a intenção só existe na medida em que for corpo, ou seja, uma tensão muscular maior ou menor conectada com algum objetivo fora de nós [...]”, o que sugere que pela tensão surgida na relação do corpo com o mundo nasce a identificação do sujeito consigo mesmo.

(Decroux como citado em Peixoto 1989, p. 87) corrobora com a ideia, ao afirmar que: “Quando o ator se abster de aparecer no palco acompanhado de seu corpo, só então ele poderá se abster de estudar a arte do corpo”; corpo este por onde o seu protagonista tem a capacidade e o vislumbre de se ver tanto por várias facetas e/ou máscaras, quanto por se perceber na competência de se observar por trás destas, em seu real personagem.

1.4. O instrumento arte no tratamento da drogadição: o movimento do corpo pelo teatro em diálogo com a psicanálise

Ao se ler na portaria Nº. 2.197 (MS) sobre promoção de saúde, atividade terapêutica, assim como de reabilitação psicossocial, desdobra-se margem de possibilidades junto à saúde mental, de instrumentos alternativos, produtivos e efetivos para serem propostos aos usuários em tratamento à drogadição.

Nesse cenário inovador, destacou-se como um marco histórico, a inauguração do “Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação” (STOR), criado por Nise da Silveira na década de 40, no então Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro (Amarante, 2021, p.13), utilizando a produção artística como ferramenta de trabalho em saúde mental com pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Atualmente, encontra-se no e pelo teatro uma atividade expressiva como prática de promoção de saúde junto ao contexto clínico de cuidado coletivo (Sussuaruna et al., 2018). Lopes et al., (2014), afirma que o teatro pode ser considerado como uma expressão didática e pedagógica usada como “[...] linguagem não verbal, mímica utilizada [...], uma estratégia apropriada e inovadora...” (p.205). Afirma, ainda, que “O teatro como atividade criativa e criadora de sentimentos, expectativas, sensações, mostrou-se como uma estratégia pedagógica viável e eficaz” (Lopes et al., 2014, p.207).

Observa-se pelo viés sócio-psicológico Campos (2004), Martini, (2019) ele apontar o teatro como movimento terapêutico fundamentado em alicerces de conhecimento; sugerindo cada um destes alicerces a seu modo contribuir diretamente no processo de reabilitação psicossocial. Martini (2019), ainda explana sobre a “Teoria dos Campos” de Herrmann (2004),

enquanto olhar deste junto à encenação da ficção literária como instrumento transferencial e, portanto, jogo analítico; sobre o “Psicodrama” de Moreno, enquanto movimento que se dá através da dramatização protagonizada pelo sujeito-paciente de modo a se ver pelas emoções que emergem do seu próprio jogo cênico; sobre o “Teatro do Oprimido”, enquanto técnica que procura ressituar o indivíduo ao seu entorno a fim de que se conscientize do ambiente de poder em que está inserido (Martini, 2019).

Pode-se também observar o jogo teatral pelo prisma e atuação psicanalítica exercer expressão de atividade e transformação junto a grupos em reabilitação psicossocial, como pontua Attigui (2013) em seu trabalho *El juego teatral: un instrumento para pensar o imposible*. Elementos de psicopatología psicoanalítica para entender las psicosis, através do qual apresenta resultados representativos por meio do jogo teatral winnicottiano junto a pacientes em reabilitação psicossocial, os permitindo regredirem em seus quadros difíceis e, até mesmo considerados incuráveis. Em suma, ela nos diz:

[...] empezaban a soñar, llegaban a solicitar un tratamiento psicoterapéutico individual, al tiempo que reanudaban lazos familiares, o emprendían una formación profesional. En pocas palabras, reencontraban una vitalidad que creían perdida para siempre (Attingui, 2013, p.466).

De modo que ao ler o teatro como instrumento prático junto à saúde mental em seu diálogo com a pedagogia e a psicologia, sugere-se de o mesmo modo pela psicanálise olhar à proposta criativa, emergente e eficiente dada pelo participante através do seu *pensar oniricamente*¹; pensamento este que o coloca junto ao se perceber em seu sonho, mesmo acordado e obscurecido pelo “brilho da vida da vigília” (Ogden, 2012, p.200).

Ao que (Castel como citado em Filho, 2014, p.6) dirá, trazendo Bion à discussão da importância da participação do olhar psicanalítico frente à criação artística, tanto quanto em seu processo de cientificidade;

[...] ele conjectura que a cientificidade, ela mesma, não é nada mais que um rebento dessa atividade inconsciente, fantasmática, ilimitada e selvagem, e que o psicanalista está em casa nas produções psíquicas do saber científico, sejam elas as de geometria, as dos estados espirituais dos homens de fé ou dos impulsos da criação artística.

Assim, o movimento do teatro trabalhado pelo corpo sob a ótica psicanalista, sugere-se como “(a esfera do sendo, e não do conhecer) [...] passíveis de realização, e não de descrição e

¹- pensamento onírico – a nossa forma de pensar mais profunda – consiste em ver uma experiência emocional a partir de múltiplas perspectivas ao mesmo tempo.

conceituação, [...]” (Marra, 2017, p.4); porquanto, transita pelo momento em que o participante está em presença do próprio movimento que realiza quando se permite se experimentar, assim como se faz realizar no instante em que atua.

2.JUSTIFICATIVA

O trabalho em questão é de grande relevância para a comunidade científica na área da Psicologia, uma vez que poderá contribuir para o aprimoramento de uma técnica ainda pouco explorada. Assistir uma peça de teatro para exposição de um conteúdo a ser dialogado, já é reconhecido entre os profissionais da saúde mental como estratégia de promoção de saúde. Porém, ainda é escassa a aplicação de dinâmicas teatrais, como uma forma de estimular uma comunicação não-verbal, em que propõe a expressão pelo corpo/teatro por meio de movimentos, mímica e improvisações.

Assim, a aplicação da técnica e a avaliação dos possíveis resultados podem servir como referência para profissionais da área de saúde mental que atuam no âmbito da promoção e prevenção de saúde.

Além disso, o presente trabalho poderá contribuir para o contexto clínico da reabilitação de adictos, uma vez que possibilite identificar traços da dinâmica psíquico-emocional dos participantes, podendo a partir desta observação *in loco*, analisá-los em suas possíveis implicações quanto à dependência química, estabelecendo meio de estudar, discutir e intervir junto a esta população.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo desse trabalho foi investigar o uso de dinâmicas teatrais, focadas na expressão pelo corpo/movimento, como técnica de grupo para promoção de saúde mental, visando analisar as possíveis expressões emocionais e fenômenos psicológicos emergidos durante sua prática com pacientes em tratamento de drogadição.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar os alcances e limites de dinâmicas teatrais como ferramenta para realização de grupos de promoção de saúde;
- Investigar as possíveis expressões emocionais alcançadas pela aplicação de dinâmicas teatrais;
- Entender os principais psicodinamismos dos indivíduos emergidos durante realização do grupo, à luz da teoria psicanalítica inglesa;
- Verificar a presença/manifestação de fantasias, conflitos, pensamentos e opiniões sobre si mesmo, acerca do tratamento, recuperação e alta, que podem ter força destrutiva, prejudicando o processo da escuta junto à problemática da drogadição e adesão ao tratamento.

3.3 Hipóteses

- a) A prática de atividades teatrais não se revela como uma ferramenta de grupo eficaz para promoção de saúde com pessoas em tratamento de drogadição.
- b) A prática de atividades teatrais se revela como uma ferramenta de grupo eficaz para promoção de saúde, com pessoas em tratamento de drogadição por construir-se como meio de comunicação.

4. MÉTODO

4.1 Tipo e delineamento de estudo

Este trabalho possuiu caráter qualitativo, cujo arranjo metodológico possibilitou a investigação e descrição de um fenômeno, uma vez que buscou o aprofundamento das questões intrínsecas à drogadição, concomitantemente uma ação a partir da aplicação das dinâmicas teatrais como estratégia de promoção de saúde em grupo.

A pesquisa qualitativa alicerçou-se na compreensão e na internalização dos termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a investigação, a partir da definição do objeto de estudo (Minayo, 2011). Segundo Minayo (2011), está embasada na triangulação formada pelo delineamento, produção e análise de dados. A autora afirma que: “[...] A qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora” (Minayo, 2011, p.622).

4.2 Participantes

Foram convidadas para participar deste estudo, adultos em processo de reabilitação,

institucionalizados em clínica de apoio à drogadição ou comunidade terapêutica. Considerando a literatura, estimou-se a inclusão de 6 a 10 participantes, número adequando para a composição de um grupo (Pátaro, Mazza, 2020). Foram inclusas seis participantes que aderiram de forma voluntária à pesquisa, com idades de 24, 39, 42, 50, 42, 46 anos, selecionadas à priori, pelo profissional de saúde mental responsável pela instituição.

Os critérios de exclusão foram:

- a) Estar em estado de crise ou desequilíbrio emocional;
- b) Apresentar estado de consciência alterado em decorrência de sintomas ou uso de medicação;
- c) Possuir sintomas psicóticos graves que podem comprometer a participação e/ou adesão à proposta do grupo;
- d) Estar em período de alta ou encerramento do período de institucionalização, inviabilizando sua participação;
- e) Apresentar quaisquer dificuldades e/ou restrição quanto à capacidade motora.

4.3 Instrumentos

Considerandou-se junto ao caráter qualitativo do trabalho a utilização de diferentes instrumentos para enriquecimento da coleta de dados, a saber:

- A) Entrevistas: a entrevista foi baseada num roteiro de Entrevista Semi-estruturada (Apêndice B). Segundo Minayo (1992), o roteiro deveria ser facilitador para abertura e ampliação na conversação com o sujeito. A entrevista semi-estruturada baseou-se em perguntas preestabelecidas, porém com a possibilidade de se discorrer sobre o assunto possibilitou um aprofundamento adequado do fenômeno estudado. O roteiro de entrevista utilizado abordou alguns aspectos como: história de vida; história da drogadição e tratamento; informações sobre autoimagem e relação com o corpo.
- B) Encontros grupais: foi posposto às participantes 5 encontros em que foram realizados jogos teatrais, que consistiram em experimentos simples e objetivos, porém que exigiram atenção do próprio sujeito para o cumprimento das regras necessárias para realização das propostas. Tais regras foram relacionadas a quatro fatores e/ou momentos básicos:
 - 1) Momento sensorial: em que a participante foi orientada a se perceber, se atentando a suas sensações em seu sentir interno e pulsante, estando ela em posição estática ou

parada.

- 2) Momento emocional: em que se pediu à participante, se percebendo no ápice e tensão provocada por aquele comportamento externo estático/parado, se permitir romper com tal resistência, a fim de passar a comportar-se não somente internamente, mas também se movimentando externamente. Sem, no entanto, se deixar despercebida daquela sensação interna que a fez romper.
- 3) Fluidez: momento em que a participante realizou o próprio movimento que foi gerado por aquele pulsar interno e exteriorizado pelo comportamento físicodela, propondo que criasse uma relação com seu mundo interno e externo.
- 4) Retorno: momento em que a participante naquela relação de seu movimento interno/externo intenso e dinâmico se percebesse no fim deste, permitindo-se retornar ao primeiro movimento estático e/ou parado.

Tais movimentos/atividades foram, ainda executadas segundo a orientação predeterminada junto ao jogo de comunicação não verbal ou verbal, ou seja, puderam se expressar sem fala alguma ou com fala, se assim fosse da vontade da participante. Para maior esclarecimento sobre a proposta dos jogos consulte a “Descrição das atividades propostas para os encontros grupais” (Apêndice C).

5.PROCEDIMENTOS

5.1 Coleta de Dados

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP. Após aprovação foram identificadas as participantes junto à instituição associada, cuja parceria também foi documentada pela assinatura da Carta de Intenção de Pesquisa.

Para início do estudo, foi feita a divulgação do projeto em voga em instituição de Comunidade Terapêutica registrada e indicada pela Secretária da Saúde de Ribeirão Preto, explicando os objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos de mobilização emocional, além da importância da efetiva e constante participação para o bom andamento do trabalho. O profissional da área de saúde mental, responsável pela instituição, contribuiu para a seleção das participantes entre interessadas, considerando os critérios de exclusão da amostra, expostos acima. Em seguida, foi feita a leitura e coleta da assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Foi ressaltada, para melhor entendimento das participantes, que sua participação é voluntária e que poderiam, caso assim decidissem, não dar continuidade sem sofrer danos, respeitando assim a legislação que regulamenta pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 446/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Após as devidas assinaturas, a coleta de dados foi iniciada por meio das entrevistas individuais semiestruturadas, áudio gravadas e, posteriormente transcritas. Estas foram aplicadas individualmente pelo pesquisador principal, no espaço da própria clínica de reabilitação, em sala reservada para o encontro. Foi prevista a duração aproximada de uma hora para cada entrevista.

Em seguida, foi construído o grupo das participantes escolhidas e acordadas, junto ao qual se aplicou os jogos teatrais. Ao todo, foram 6 encontros, os quais ocorreram semanalmente, com duração aproximada de uma hora e meia cada. Os grupos ocorreram em uma sala da instituição, organizada de forma adequada para cumprimento da tarefa, com a presença dos seguintes materiais: bastões com propósito de facilitar o entendimento do equilíbrio/desequilíbrio do corpo, rádio ou qualquer outro equipamento de música, filmadora com fim de arquivamento de material para estudo do processo vivido, papéis e canetas.

No primeiro encontro, foram feitas as apresentações pessoais e acordadas algumas regras de funcionamento que zelaram pelo respeito entre as participantes e sigilo das informações discutidas. Posteriormente, o pesquisador principal explicou como o grupo ocorreria na prática, iniciando a aplicação da primeira dinâmica teatral. Em seguida, o colaborador estimulou o grupo a conversar a respeito da sua participação na dinâmica, explicando neste momento de forma verbal, os pensamentos e sentimentos emergidos durante a realização da mesma.

Para conferir maior capacidade de assimilação de todos os dados, o pesquisador principal contou com o apoio técnico de um (a) psicólogo (a) para realização dos encontros grupais. Esse (a) psicólogo (a) foi devidamente treinada para a realização de suas tarefas, voltadas para a checagem dos materiais e equipamentos, bem como na observação dos movimentos e comportamentos dos integrantes do grupo.

A coleta de dado foi registrada para posterior transcrição. As entrevistas foram gravadas e os grupos foram filmados. Foram feitas transcrições dialógicas de cada entrevista e transcrições descritas de cada encontro grupal. Estes materiais foram posteriormente utilizados para análise de dados, visando a integração dos mesmos.

5.2 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada em três momentos:

1) O primeiro consistiu da análise individual qualitativa do material coletado pelas entrevistas, buscando elencar os dados relevantes sobre a história da vida, conhecer as características gerais da personalidade, principais relacionamentos, experiências com a drogadição e tratamentos realizados.

2) O segundo momento consistiu em analisar os dados obtidos pelos encontros grupais, com a elaboração de uma síntese para cada encontro. Com essas sínteses dos grupos buscou-se averiguar as semelhanças e diferenças das atuações dos participantes em cada encontro.

3) Para finalizar, foi feita uma síntese geral dos dados, buscando associar a análise individual com a análise grupal, no intuito de compreender conjuntamente os dados.

Foi utilizada como referencial a proposta da Análise Temática (Silva; Barbosa & Lima, 2020, Rosa & Mackedanz, 2021), a qual envolve uma investigação flexível e que permite uma liberdade teórica ao pesquisador sem deixá-lo distante e desatento dos dados obtidos pela população pesquisada. Propôs-se, portanto, seguir por um processo de construção de conhecimento alcançado, sem enrijecimento ou preocupação *a priori* em dialogar com os teóricos, mas por meio dos dados alcançados na pesquisa, definindo temas que fundamentou e direcionou esta a uma investigação *modus operandi* latente e, não somente pelo viés semântico do pesquisador.

(King & Brooks 2017, como citado em Silva; Barbosa & Lima, 2020, p.115) afirmaram que se pode decidir pela

... Análise Temática quando, ao invés de uma descrição detalhada do conjunto de dados, houver uma maior necessidade de interpretação de outros aspectos do campo, como, por exemplo, gestos e ações de pessoas observadas em um contexto particular, seguindo formas de análise de dados que se concentrem principalmente na identificação, organização e interpretação de temas em conjuntos textuais (p. 115).

5.3 Cuidados éticos

É dever do psicólogo conhecer, divulgar e fazer cumprir o Código de Ética Profissional proposto pelo Conselho Federal de Psicologia, sendo vedado praticar qualquer ato que implique em corrupção, violência ou violação que sugerisse negligência ou preconceito. O art. 16 do código (CFP, 2005) prevê regras ao psicólogo para realização de estudos, pesquisas e atividades

voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias, a saber:

- Avaliou-se os riscos envolvidos, tanto pelos procedimentos, como pela divulgação dos resultados, com o objetivo de proteger as pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas;
- Garantiu-se o caráter voluntário da participação das envolvidas, mediante consentimento livre e esclarecido, salvo nas situações previstas em legislação específica e respeitando os princípios deste Código;
- Garantiu-se o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes;
- Garantiu-se o acesso das pessoas, grupos ou organizações aos resultados das pesquisas ou estudos, após seu encerramento, sempre que assim o desejassem.

Todos estes cuidados foram respeitados para a execução do presente estudo.

Inicialmente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP, para que os aspectos éticos fossem contemplados desde o início das atividades, seguindo a resolução 196/98 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes de iniciar processo de coleta de dados, as participantes receberam uma explicação detalhada do estudo e puderam formalizar sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os encontros foram agendados de acordo com a disponibilidade das participantes e da instituição vinculada ao presente trabalho. A participação das participantes foi voluntária, e, em caso de desistência, foi respeitada a vontade e motivação das mesmas. Todos os dados coletados e a identificação das participantes foram mantidas em sigilo.

Foram disponibilizadas as entrevistas devolutivas para as participantes que assim desejassem, tanto quanto o encaminhamento para o atendimento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UNIP.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

A partir da análise das entrevistas individuais realizadas com as voluntárias em reabilitação química em Comunidade Terapêutica inscrita e apresentada pela Secretária de Saúde de Ribeirão Preto e, que trabalham somente com mulheres adultas em condição de risco, foi possível a eleição de categorias que representam as experiências de vida, conflitos emocionais e fenômenos psicológicos apresentados em comum pelas participantes, as quais

forma Experiências negativas da infância; Experiências da adolescência; Pensamentos e sentimentos atuais prevalentes; História da drogadição; Tratamento; Relação mente, corpo e autoimagem. Estes sugerem aspectos psicodinâmicos significativos que foram discutidos à luz da psicanálise inglesa.

Tabela 1 – Entrevistas: Categorias e Subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
6.1. – Experiências negativas da infância.	6.1.1. – Perdas e lutos: relatos de separação conjugal dos pais e mortes/falecimentos. 6.1.2. – Violência: experiência de violência, física ou psicológica. 6.1.3. – Convivência com álcool e drogas: relatos de experiências de consumo de álcool e drogas pelos pais ou responsáveis.
6.2. – Experiências da adolescência.	6.2.1. – Falta de apoio familiar e social. 6.2.2. – Vida conjugal ou amorosa precoces.
6.3. – Pensamentos e sentimentos atuais prevalentes.	6.3.1. – Vida relacional.
6.4. – História da drogadição.	6.4.1. – Significados atribuídos às drogas.
6.5. – Tratamento.	6.5.1. – Motivos para iniciar o tratamento. 6.5.2. – Resultados desejados e expectativas. 6.5.3. – Resultados reais: resgate de atividades / cuidados diários, resgate de sensações corporais. 6.5.4. – Modelos de tratamento. 6.5.5. – Recaídas.
6.6. – Relação mente, corpo e Autoimagem	

6.1. Categoria - Experiências negativas da infância

Todas as entrevistadas relataram vivências traumáticas na infância, marcadas por perdas, violência doméstica e/ou negligência dos pais quanto aos cuidados básicos. Além disso, a maioria também relatou lembranças e convivência com álcool e drogas desde o início da vida, pois os pais eram dependentes químicos. Abaixo, seguem exemplos que ilustram tais experiências:

“... apesar de meu pai e minha mãe ter se separado dez vezes, voltando, muitas brigas...”.(E1)

“... tive a perda de meu pai foi com oito anos... meu pai separou da minha mãe...”; “... e eu lembro até hoje do meu pai que ficou com um punhal aqui assim, na barriga da minha mãe, falando que ia mata ela do nada”. (E2)

“... eu fui adotada... nasci já fui para a casa dos meus pais adotivos.”; “Eu tive um abuso por parte do meu tio, dos sete anos aos dez”; (E3)

“Ah, eu... minha mãe, meu pai, né, pobre... pobre... [...] Família pobre...”; “... minha mãe era passadeira... [...] não tinha condições que nós era em três filhas mulher...”; “Minha mãe sempre trabalhou para dar o de comer pra nós... e isso Família pobre...”.(E5)

“Quando eu me lembro por gente meus pais já bebia, aí eu pegava a espuma da cerveja e começava a por na boca...”; “... aí minha mãe me internou no orfanato... internou em outro e, sempre os dois bebendo”; “... aí ela dava eu pra uma família e dava para outro até que eu cai no mundo, com treze anos”. (E6)

Notam-se disfunções sociais e psíquicas relevantes presentes nas famílias de cada voluntária entrevistada. O funcionamento das famílias, segundo as participantes, provocou dificuldades em suas infâncias no que tange ao desenvolvimento psíquico-emocional sadio. Não surgiu nenhum relato citando a família como ambiente protetor e continente, em que algum membro familiar fosse capaz de compreender e atender as necessidades delas, enquanto crianças.

É possível inferir que estas não foram devidamente acolhidas, fazendo com que elas apenas reagissem ao ambiente em que viviam. Vorcaro e Lucero (2015), (Céfalo & Santos 2017, como citado em Gattás 2023, p.12) afirmam que “O bebê deve começar sua relação com o mundo existindo e não reagindo”.

(Winnicott 1945, como citado em Gattás 2023, p.12) afirmará que “... sem o aconchego, o acalanto, o holding ele não desenvolve satisfatoriamente os aspectos emocionais e psíquicos, igualmente importantes para que ele consiga estar no mundo”. As falhas ambientais podem então ter contribuído para conflitos emocionais importantes, na primeira infância, que podem dificultar na escuta de angústias primitivas, próprias desta fase. As repercussões destas falhas na vida adulta podem ser inúmeras, inclusive associadas a percepção e a escuta de experiências do mundo interno e externo.

Bion (1991, p.40) defende sobre as experiências: “Não experimentá-las coexiste à impossibilidade para rechaçar ou ignorar estímulos”; nestes casos, infiro que estímulos estes produzidos pelo meio ambiente conturbado em que elas estavam inseridas.

6.1.1 Subcategoria - Perdas e lutos: relatos de separação conjugal dos pais e mortes/falecimentos

As histórias de infância foram marcadas por momentos emocionais tumultuosos, algumas desde a mais tenra idade, diante das separações conjugais de seus pais e falecimento. Assim, vivência de perdas e lutos, concretos e abstratos, surgiram ao longo das entrevistas conforme ilustrado abaixo:

“... apesar de meu pai e minha mãe ter se separado dez vezes, voltando, muitas brigas...”; (E1)

“... tive a perda de meu pai foi com oito anos... meu pai separou da minha mãe...”; (E2)

“... eu fui adotada... ... nasci já fui para a casa dos meus pais adotivos”. (E3)

As experiências de perdas sugerem não apenas a escuta do processo de luto esperado num caminho saudável, mas também a perda/morte da esperança nas “crianças” (entrevistadas) por não conseguirem sorrir e, deste modo, demonstrarem-se frágeis, com dificuldade para perceberem o outro (seus pais) como diferente delas mesmas (Spitz, 1979). Nessa perspectiva, pode-se inferir a possibilidade de as entrevistadas terem desenvolvido em seu psiquismo uma identificação projetiva excessiva quando na infância experimentavam a desesperança, e, pela qual sugere-se elas viverem grande confusão entre self e objeto por terem projetado nesse objeto seu *self cindido* (Klein, 1957/1974).

Klein (1957/1974, p.224) afirma que “Isso se acompanha de um enfraquecimento do ego e de uma grave perturbação das relações de objeto”. De modo que, tal identificação poderá ser geral e duradoura (Freud, 1923/1925/1996/2006). Sugerindo, deste modo, um tardio desenvolvimento psíquico-emocional e dificuldade à manutenção de um ego sadio que conseguisse reprimir e indicasse o nascimento do eu por separar-se do seu inconsciente (Spitz, 1979).

Winnicott (2012) afirmou sobre o saudável desenvolvimento psíquico do sujeito depender da importância da diminuição dos fenômenos subjetivos nele, elevando os elementos “não-mim” percebidos objetivamente, a fim de se estabelecer um eu “que está fisicamente contido na pele do corpo e está psicologicamente integrada” (Winnicott, 2012, p.113). Esta compreensão do Winnicott corrobora com a assertiva de Freud (1996/2006, p.39) sobre o desenvolvimento do eu: “o ego é ... um ego corporal [...] o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo”.

As histórias de infância das entrevistadas indicam a passagem por situações traumáticas. Para Fuchs & Peixoto Júnior (2014, p.165): “O trauma ou comoção psíquica é resultante [...] da confusão que a linguagem da paixão dos adultos pode provocar na subjetividade da criança, ainda marcadamente caracterizada pela linguagem da ternura”.

Sobre a linguagem da ternura, Balint afirmou:

A questão do vínculo afetivo e da linguagem da ternura, proposta por Ferenczi, foi largamente desenvolvida por Balint [...], por exemplo quando ele enfatiza a importância, no contexto do amor primário, da dependência amorosa entre o bebê e sua mãe para a constituição e o desenvolvimento do psiquismo primário, assim como as graves consequências provenientes das falhas ambientais no atendimento destas necessidades iniciais (Balint, 1936/1965, 1968/1993 como citado em Fuchs & Peixoto Júnior, 2014, p.165).

6.1.2 Subcategoria - Violência: experiência de violência, física ou psicológica:

As entrevistadas relataram experiências físicas e psicológicas intensamente intrusivas e violentas, vividas na infância e provocadas por familiares.

“... e eu lembro até hoje do meu pai que ficou com um punhal aqui assim, na barriga da minha mãe, falando que ia mata ela do nada”. (E2)

“Eu tive um abuso por parte do meu tio, dos sete anos aos dez...”. (E3)

Lucchese et al., (2017) diz que, a violência sofrida pelas mulheres ocorrida em algum período de suas vidas tem sido estudada como um fator causal agravante e decisivo, como acusa pesquisa realizada na Espanha sobre motivo de abuso que elas fazem de álcool e drogas. A pesquisa fala sobre ocorrências abusivas psicológicas, sobre abuso físico e abuso sexual acometido contra elas. A pesquisa, ainda justifica estes fatores como relevantes para entendermos este complexo fenômeno da drogadição junto à população feminina.

Numa perspectiva psicodinâmica, pode-se inferir que tais experiências dificultam o desenvolvimento do ego, sugerindo uma clivagem: “um ego clivado [...] capaz de produzir

apenas representações precárias, pois perde as funções de síntese. A introjeção, que permite a inclusão no psiquismo das representações e associações, fica impedida” (Fuchs & Peixoto Júnior, 2014, p.166).

Importante observar, que ao se falar sobre introjeção como funcionamento dinâmico psíquico-emocional na mais tenra idade, Klein (1957/1974) afirmou sua ocorrência desde fase pós-natal, atribuindo ao bebê um ego arcaico que o instiga livrar-se da ameaça do aniquilamento, sugerindo existir nele uma ansiedade primordial, que por meio de atividades daquele ego arcaico, cria uma defesa fundamental contra a pulsão de morte.

(Klein 1971 como citado em Silva 2020, p.141) ainda afirmou que somente “experiências positivas são capazes de contrabalançar essas crenças internas de que o objeto está perdido, devido às fantasias de destruição”. Nesse sentido, (Winnicott 1958/1990 como citado em Silva 2020, p.140) defendeu a importância da identificação da mãe com o bebê para oferecer-lhe o holding necessário, a fim de que “com o tempo, ao ser capaz de introjetar a mãe, suporte do ego, o bebê torna-se capaz de estar só” (p.139), deste modo, sentindo-se seguro. (Bion 1962 como citado em Silva 2020, p.140) por sua vez contribui dizendo que:

O bom funcionamento da relação continente-contido, entre a mãe e a criança, permite ao bebê que se atenuem as angústias primitivas, na medida em que as projeta na mente materna, que as acolhe, as transforma e as devolve ao bebê, destituídas de sua carga ameaçadora. Dessa forma, possibilita ao bebê introjetar experiências angustiantes agora modificadas e tornadas toleráveis [...].

Sugere-se, (Klein 1971 como citado em Silva 2020, p.141) apoiando-me em que caso não haja tais experiências positivas - como se leu pelas entrevistas das pacientes de reabilitação química - o bebê terá dificuldades em se identificar com o objeto bom, frustrando-se na instauração de um objeto dentro de seu ego que lhe proporcionasse segurança e menor pulsão destruidora.

(Ferenczi 1933/1992 como citado em Fuchs & Peixoto Júnior, 2014) a respeito de experiências negativas acometidas à criança, ainda dirão que as seduções normalmente incestuosas de um adulto ou mesmo o abuso sexual provocarão falhas desestruturantes na psique da criança.

Outro evento traumático da infância, observado nas entrevistas, diz respeito ao denominado “Terrorismo do sofrimento”, o qual descreve a criança em atividade substituta à função materna, assumindo o papel de cuidador da prole da mãe (Ferenczi 1933/1992 como citado em Fuchs & Peixoto Júnior, 2014).

“É, eu tive uma infância meio difícil... meu pai e minha mãe tinha que trabalhar e aí a gente tinha que cuidar um do outro”.; “... eu tive que cuidar dos menores, né. Sempre foi assim, cuidando dos menores”. (E4)

Quando a criança assume o papel de cuidador precocemente, Ferenczi (1933/1992) *apud* (Fuchs & Peixoto Júnior, 2014), considera tal mecanismo patológico, a progressão traumática, uma das reações possíveis frente ao trauma ou choque psíquico. Além desse mecanismo, posto em ação frente à profunda divisão egóica gerada pela experiência traumática, a criança pode regredir a uma fase anterior, na tentativa de tornar tal vivência inexistente. Este é denominado como regressão traumática e pode estar associado ao sentimento de aniquilação e abandono de si sem resistência como defesa extrema.

6.1.3 Subcategoria - Convivência com álcool e drogas: relatos de experiências de consumo de álcool e drogas pelos pais ou responsáveis

“... meu pai é alcoólatra... minha família bebia tudo, eu cabei começando beber cedo...”. (E1)

“... meu pai bebia né, então ele era muito violento”. (E2)

“Quando eu me lembro por gente meus pais já bebia, aí eu pegava a espuma da cerveja e começava a por na boca...”; (E6)

Algumas das entrevistadas (3) relataram ter histórico familiar de etilismo e drogadição, tendo em âmbito familiar, convivido desde o início com o abuso de substâncias.

A drogadição é um problema de saúde pública que afeta o sujeito de modo biopsicossocial, seu convívio familiar, demonstrando ser uma síndrome multifatorial (Oliveira & Barbosa, 2022)

No Brasil os principais riscos de vulnerabilidade à criança dizem sobre violências domésticas relacionadas com o problema do alcoolismo dos pais, assim como por agressivas brigas conjugais deles testemunhadas pelos filhos. Percebe-se, também a falta de instituições e serviços públicos, a precariedade dos lugares em que as crianças moram, o ambiente da vizinhança como o viverem próximos aos pontos de tráfico, a exploração do trabalho infantil assim como a prostituição de crianças, fatores que influenciam no alto risco da vulnerabilidade infantil. Os quais, contribuindo para o desenvolvimento de uma personalidade e comportamento frágeis das crianças e adolescentes os incitam ao envolvimento com as drogas, gerando o

problema da gravidez precoce, tanto quanto o dos roubos. Ainda, os autores dizem sobre a possibilidade da existência de fatores genéticos à dependência química, assim como vulnerabilidade psicofisiológica ao efeito de drogas (Sierra & Mesquita, 2006 como citado em Fonseca et al., 2013).

De modo que foram incrementadas ações públicas à população jovem, garantindo a elas através da Constituição Federal artigo 224 articulações de atendimentos dos direitos das crianças e adolescentes por meio de ações governamentais e não governamentais através da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios. Tendo como meio para assegurar tais ações como prioritárias fundamentar-se no conhecimento e reconhecimento das necessidades das crianças e adolescentes para a promoção e proteção de seu desenvolvimento junto à saúde, educação, lazer e demais necessidades (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990) .

(Zimerman 2005, como citado em Oliveira & Barbosa, 2022) descreve a adicção como um processo compulsório difícil de ser controlado pelo sujeito, o qual logo a sensação de plenitude dada pela droga desapareça a repetição compulsiva por ela ressurgir e o faz repetir, como tentativa de preencher o vazio causado por intensa angústia primitiva de desamparo. (Lipovetsky 2006 como citado em Oliveira & Barbosa, 2022) dirá ser o problema da toxicomania uma caricatura perfeita dos ideais da sociedade hodierna, a qual visa consumir à exaustão.

Sobre a temática da vicissitude, Freud (1914/1916/1996/2006) chama à atenção para com os estímulos instintuais que exigem atividades complexas e interligadas do sistema nervoso, convidando o sujeito observar ao fator de necessidade nele surgido, o qual é desenvolvido a partir de uma fonte estimuladora orgânica que, gerando desprazer ao sujeito que deseja por não ter o objeto estimulador sofre intensa pressão, sentindo-se na urgência de se satisfazer, a fim de que aquela necessidade seja realizada.

Vê-se, desse modo, um corpo em movimento percorrendo um caminho através do princípio do prazer sem necessariamente o sujeito se perceber envolvido; envolvimento este que lhe atribuiria preocupação e responsabilidade dos pais para com sua família (Winnicott, 2012).

A criança então, neste meio ambiente familiar pulsional e devastador, cujos pais/cuidadores demonstram preocupação ou condições mínimas de cuidado, é exposta a falhas constantes de não acolhimento ou indiferenciação, resultando em experiências de invasão, no enfrentamento de angústias profundas que resultam em sensações de aniquilamento ou mesmo de desintegração (Winnicott, 1963/1983 como citado em Fuchs & Peixoto Júnior, 2014).

Segundo Fuchs & Peixoto Júnior (2014) (p.169):

A base para o estabelecimento do ego é um suficiente “continuar a ser” não interrompido por reações à intrusão. Quando essa experiência de continuidade é interrompida pela necessidade de reação, uma deficiência no setor da confiabilidade é introjetada.

6.2. Categoria - Experiências da adolescência

A fase da adolescência abordada nas entrevistas foi marcada por experiências comuns a este período do ciclo vital, vinculadas à sexualidade, primeiras experiências amorosas e início de atividades ocupacionais; porém algumas (3) trouxeram relatos de conotação negativa a estas vivências, referindo a precocidade e despreparo para um enfrentamento saudável delas. Ressaltou-se também ter sido este o momento em que iniciaram o uso de álcool e drogas. A seguir, alguns trechos ilustrativos:

“Minha adolescência também, foi muito tranquila... ficou meio complicado quando minha mãe e meu pai separou...”; “... eu fiquei com o meu pai, porque ele tem problema de saúde”; “... no meio daquela turbulência tava usando muito (droga)... comecei fazer uso todo dia”. (E1)

“... gostava de bermuda não gostava de vestido nem de saia...”; “... doze anos... Eu abri mão de estudar pra aprender trabalhar para eu poder sustentar o meu vício que era o cigarro...”; “... já fui viciada em droga com meus quinze até os dezoitos...”. (E2)

“... eu comecei a beber com doze anos, fumar cigarro com treze e, sempre bebendo como adolescente....”. (E3)

“... com treze anos. Aí eu fui estuprada por vinte caras, aí eu falei pra ela (mãe) e ela não deu atenção...”; “... eu tinha treze anos... a primeira eu apliquei na veia... depois eu comecei a cherar cocaína...”; “... tinha 16 anos... usando droga, me prostituindo... parei com o pó e fiquei com o craque”. (E6)

O termo adolescência foi criado no século XX mais propriamente depois da Segunda Guerra Mundial. Freud inicialmente utilizou a nomenclatura puberdade para compreender as mudanças biológicas e psíquicas decorrentes deste evento no sujeito (Strzykalski, 2019). Evento, segundo ele, que gera mudanças efetivas e importantes na configuração da vida sexual do sujeito, ou seja, suas pulsões que eram autoeróticas encontram o objeto sexual, com o qual passam a investir com finalidades de prazer à procriação tanto quanto à satisfação de um desejo terno e sensual puramente físico.

(Winnicott 1986, como citado em Levisky 2017 p.169) aponta para a importância do papel dos pais durante a adolescência, ao oferecerem acolhimento e direcionamentos que podem ajudá-los a criarem vínculos afetivos e espaços mentais criativos; “processos complexos que contribuem para o desenvolvimento das potencialidades criativas, que resultam em múltiplas linguagens inconscientes como formas de expressão das representações simbólicas e funcionais do psiquismo, em busca de realizações e prazeres pessoais e coletivos”.

Observa-se, a falta deste acolhimento das entrevistadas ao falarem de suas experiências. Nesta perspectiva winnicottiana pode-se perceber comportamentos/conduas antissociais, as quais podem ser compreendidas como; resultantes da desesperança criada e revelada por um histórico familiar falido [...] (Di Franco, 2014; (Winnicott 1986, como citado em Levisky 2017 p.169).

“Numa família em que os pais estão ausentes, são omissos ou, pior, indiferentes às vozes de seus membros, agindo de forma repressora, estimula-se o ato delinquencial e a destruição do sujeito [...]” (Levisky, 2017, p.169).

(Winnicott 1962/1983 como citado em Fuchs & Peixoto Júnior, 2014) a respeito de como um adolescente pode se sentir no convívio com pais amorais, dirá que “a desintegração nos remete a estados muito primitivos e às ansiedades impensáveis. A falha no cuidado adequado leva à desintegração e não a um retorno ao estado de não-integração” (p.171).

Os resultados sugerem que a adolescência foi marcada por falta de apoio familiar e social e, precocidade das experiências amorosas, fatores que originaram a categoria e as subcategorias apresentadas a seguir.

6.2.1 Subcategoria - Falta de apoio familiar e social

Notou-se nas entrevistas um meio ambiente de intenso problema afetivo-emocional nas famílias, acompanhado pelo relato da drogadição dos pais e, também na adolescência, pelo início da drogadição das entrevistadas.

“... Comecei a trabaiá na roça ... eu registrei mina carteira com treze ano de idade”; “... a gente saia às vezes o vale ou pagamento... e ficava bebendo, vinha embora no fim de semana... eu viciiei foi nessa parte...”; “... fui crescendo, casei uma vez, não deu certo...”. (E4)

“Minha adolescência, uhmmm... começou com onze anos... queria... brincar de namorar...”; “... comecei a namorar com dezesseis anos... um cara que já é morto hoje, era assaltante...”; “... droga foi logo na adolescência... eu tinha quinze para dezesseis anos. Cigarro de maconha foi”. (E5)

“O alcoolismo é um problema de saúde pública que apresenta impactos psicológicos e sociais nas pessoas etilistas e em suas famílias” (Carias & Granato, 2021, p.02). Na perspectiva psicanalítica, o uso de álcool e outras drogas, junto às relações interpessoais conflituosas e invasivas, geram efeitos negativos como “o risco de desenvolvimento negativo na idade adulta jovem, com aumento da prevalência de problemas psicológicos, comportamentais, cognitivos e sociais e, finalmente, de morte prematura.” (Silvén Hamgstöm & Forinder, 2019, p.217).

Observa-se, através de pais envolvidos com a drogadição, vivendo dentro de um processo intrafamiliar de constante violência, onde percebe-se haver intensa comunicação agressiva e/ou autoritária, impossibilidade de diálogo sobre seus reais problemas de vício que impede a busca por ajuda, assim como medo e ansiedade ao ambiente em que os filhos estão inseridos, isto tudo favorecer diretamente ao sofrimento psíquico do filho (Carias & Granato, 2021), e, deste modo, dificultando qualquer apoio a este que provavelmente passa a se sentir insuficiente e desintegrado.

Outro fator de desarranjo observado e que é causado pela falta de apoio social à criança/adolescente, diz sobre o adulto que a desmente e não a apoia quando ela pede por ajuda frente à atitude de violência que sofreu causando-lhe, como (Ferenczi 1933/1992 como citado em Fuchs & Peixoto Júnior, 2014, p.165) diz, um “trauma de caráter intensamente desestruturante e patológico”; levando esta criança, portanto, a

... uma interrupção no movimento libidinal de introjeção de tudo aquilo que é passível de ser incluído e metabolizado no psiquismo, que é tomado por uma angústia indizível, causada pelo abandono e pelo desamparo a que a criança é submetida em total solidão (Ferenczi, 1933/1992 apud Fuchs & Peixoto Júnior, 2014, p.165).

O adulto, ao desmentir e não apoiar à criança/adolescente no seu pedido de socorro contra a violência física e psíquica vividas gera um rompimento dela com suas próprias percepções sobre a vida, infundindo extremo estímulo desorganizador (Fuchs & Peixoto Júnior, 2014).

Assim, “O que resta dessa experiência para a criança é a identificação com o agressor, fruto da introjeção, passando a se sentir culpada por algo que desconhece no intuito de não renunciar àquele adulto idealizado (Fuchs & Peixoto Júnior, 2014).

Observa-se, um conflito de grande proporção ser instaurado no sujeito e, que, pode levá-lo enquanto adolescente a reagir, segundo Winnicott(1962/1983) (Carias & Granato, 2021) através de posicionamentos defensivos do sujeito ao ambiente em que está inserido:

- pelo amadurecimento precoce, mas que não é observado como saudável por não se tratar de amadurecido ocorrido pelo ritmo do desenvolvimento emocional do indivíduo.
- Pela experiência do falso-self que o ajuda a enfrentar as dificuldades e angústias desorganizadoras, porém, o negando a espontaneidade do self.
- Pelo conviver com pessoas significativas para ele compensar aquela lacuna produzida pelos genitores, encontrando um lugar no mundo confiável para “continuar a ser”.
- Pela reação agressiva e/ou questionadora; pelo confronto violento com o pai, com fim de escapar do controle dele.
- Pela, ainda, atitude do falso-self empregando suas energias para criar um clima emocional no lar harmonioso, a fim de evitar discussões e sobreviver emocionalmente.

Nota-se, ainda, frente à negligência parental, ao desamparo emocional e à insegurança do cuidado, mesmo quando o adolescente tenha sido resgatado e convivido com pessoas significativas, ele reagir através de experiência do falso-self quando por lembranças e/ou conversações que o faça resgatar-se ao seu passado, se negando e se impedindo de ser sincero com o vivido através do problema da drogadição parental (Carias & Granato, 2021).

6.2.2 Subcategoria - Vida conjugal ou amorosa precoces

Algumas das entrevistadas (3) indicaram ter vivenciado o início da vida amorosa e conjugal de forma precoce, relatando tal experiência de forma negativa ou sem afeto. Os parceiros (as) foram descritos como pessoas que apresentaram comportamento violento ou drogadição.

“É, com doze, treze anos eu já descobri a minha sexualidade... sou homossexual... para fugir de casa... casei com homem... ele onze anos mais velho...”; “... eu fiquei grávida com dezesseis anos...”. (E3)

“... comecei a namorar com dezesseis anos... um cara que já é morto hoje, era assaltante...”.(E5)

“... com treze anos. Aí eu fui estuprada por vinte caras...”.(E6)

Ressalta-se a fase da adolescência enquanto momento em que o sujeito é forçado a lidar com perdas e renúncias no plano narcísico - ou seja, libido não mais investida ao ego tão somente -, como objetos - por onde percebe o outro como relação amorosa satisfatória e tendo que se modelar por si mesmo e não mais pelos modelos dos pais -, sendo obrigado a viver e

conviver, dinamizando-se a novas simbolizações que lhes serão pedidas junto às relações interpessoais e autoridades, assim como as respostas que lhe são exigidas pelo imaginário social, tendo que lidar com um cenário social além do núcleo familiar (Costa & Melo, 2017 como citado em Machado & e Macedo, 2019).

Importante, também ressaltar a influência e o peso emocional do novo imaginário social proposto a partir do pós-guerra mundial ao adolescente que se torna padrão de referência de comportamento e beleza, o afirmando e o obrigando a sustentar-se através de intensos investimentos narcísicos, ou seja, intensa carga libidinal ao seu próprio ego através dos quais aquele que adolece passa a ser um fim em si mesmo (Matheus, 2012).

Ao se referir à adolescência da mulher que passa por transformações físicas e visíveis junto ao seu meio ambiente, importante pontuar que estas mudanças, ocorrendo de modo natural junto a um corpo que se transformou, sugere certa interpretação ao senso comum dos que em seu em torno se encontra dela estar se permitindo ao desrespeito e, deste modo, por tal ignorância social muitas vezes aquele meio ambiente em que a adolescente está inserida esquecer-se de protegê-la, passando a abusar dela psicológica ou sexualmente (Ruzany, 2007).

Nota-se, portanto, a citação acima corroborar como parte pontual e importante dos conflitos existentes e percebidos nas entrevistadas, gerados por baixo suporte afetivo familiar e que produziram sofrimentos significativos ocorridos por abusos e negligências parentais. Fatores estes que, sugere-se terem colaborado para que na adolescência das pacientes suas relações amorosas se dessem tão conflituosas como a de seus pais, assim como contribuído para que buscassem por drogas enquanto parte do que estava associado às suas demandas subjetivas desenvolvidas a partir da infância, junto a uma família e meio ambiente desorganizados em que se viam inseridas.

Bittar (2011) corrobora a ideia ao afirmar que problemas intrafamiliares podem ser motivos acarretadores para os adolescentes se entregarem às drogas, mediante às próprias desilusões junto àqueles envolvimento amorosos com os quais se encontraram como tentativa inconsciente de resolverem seus traumas.

Bittar (2011) em seu estudo que analisou a história de mães agressoras e toxicodependentes verificou que 20% das crianças e adolescentes sejam, hoje, vítimas de alguma forma de violência no Brasil. No que diz respeito aos agressores, verificou-se que a mãe foi o agressor que contribuiu com a maior prevalência para a negligência (60,7%); o pai contribuiu com 37,6%, o padrasto com 24,3% e outros familiares com 25,7%.

Segundo Ministério da Saúde (2010), sobre a situação do adolescente inseridos no meio ambiente de violência no Brasil, dados apontam que as mulheres são as principais vítimas de

violência doméstica, sexual e outras violências. As adolescentes de 10 a 19 anos de idade, correspondem a 77, 9% dos atendimentos. Observa-se que, dos 2.370 registros na faixa etária de 10 a 19, a violência sexual representou 56% dos atendimentos; seguida das agressões psicológicas (50%), físicas (48%) e negligências e abandono (13%).

A residência foi o local onde ocorreram 50% das violências, seguido pela via pública (17%). Os atos violentos de repetição alcançaram um índice de 38%. Desconhecidos foram os prováveis autores de agressões com maior taxa (21%), seguido por amigos e conhecidos (20%) e por pai (12%).

Tratando-se dos casos de violência sexual registrados, adolescentes de 10 a 14 anos são as que mais sofreram violência sexual (38%), seguida das adolescentes de 15 a 19 anos de idade (18%). Em todas as idades, o tipo de violência sexual que teve a taxa mais alta (56%) foi o estupro, seguido do atentado violento ao pudor (29%) (MS, 2010).

Ao se levantar, a questão dos conflitos relacionais no adolescer observados como oriundos de ambientes insuficientes à sobrevivência do sujeito a partir da infância à puberdade, percebe-se o fator denominado como “negativa”, descrito por Green (1993/1997), pontuar-se e perpassar em seu desenvolvimento junto às relações por motivos traumáticos que influenciou toda sua estrutura psíquica, imunizando-se à aparição e/ou desaparecimento do objeto, o que o torna não mais representativo para causar no adolescente repúdio ao negativo, mas tornando este negativo traço característico do seu experimentar relacional enquanto sujeito.

Pode-se perceber esta negativa pela assertiva de Winnicott (2019) ao se referir a um estudo de caso relacionado a aspectos da fantasia de um paciente, dizendo sobre o traço negativo que surge na criança a partir de relacionamentos parentais fracassados por eles não estarem disponíveis a ela; a qual diz em seu relato “Tudo o que eu tenho é o que eu não tenho” (p.49).

Winnicott (2019) afirmou ainda que o sujeito usará a negativa como meio de transformação e última defesa contra todas as coisas, utilizando-se do negativo como único positivo para a sua vida.

Garcia (2010) a respeito da observação de Winnicott traça importante esclarecimento sobre o que leva o sujeito à resposta “negativa como positivo” frente às coisas, dizendo sobre sua gênese se dar através de casos-limites que são caracterizados por “oscilação paradoxal” que falam de angústias de separação e angústia de intrusão. Estas se encontram no meio das relações com o objeto, denunciando certa fragilidade para com os limites psíquicos, afetando o desenvolvimento do pensamento e, pontuando, ainda, que este mecanismo se processa diferente das neuroses clássicas por elas se fundamentarem na angústia da castração.

Tal “oscilação paradoxal” pode ser inferida entre as entrevistadas, considerando os abusos físicos e psicológicos sofridos por elas. Isso nos faz retornar sobre as questões sexuais vividas junto à sexualidade infantil que ficaram adormecidas na fase de latência impondo, deste modo, ao adolescente encontrar um objeto erótico exogâmico; no caso, tanto hetero quanto homossexual, conforme relatado pelas entrevistadas em suas entrevistas (Segú, 2013 como citado em Machado & macedo, 2019).

Pode-se afirmar, considerando as histórias das entrevistadas, que suas fragilidades psíquicas são incrementadas por intensa pulsão destrutiva. Oscar (Segú, 2013 como citado em Machado & macedo, 2019), a este respeito, ressaltou que “condições de desamparo e mal-estar” podem impactar o adolescente proveniente de uma infância de intenso conflito psicossocial, conforme trecho abaixo:

... as possibilidades ou as impossibilidades de resposta do sujeito frente a um mal-estar do qual padece, relacionam-se com os recursos que foram construídos ao longo de sua história e na interação com o campo social. Assim, o uso de drogas constitui, frequentemente, uma modalidade de o adolescente tentar silenciar e anular as interrogações subjetivas acerca de si mesmo (p.02).

Percebe-se, um falso-*self* permear a história do sujeito fragilizado na sua relação com a droga como tentativa de se aliviar daquele mal-estar que surge na adolescência enquanto vivendo suas angústias desorganizadas (Winnicott, 1960/1993 como citado em Carias & Granato, 2021). Assim, como analogia a este respeito, percebe-se entre as entrevistadas, a procura durante a adolescência às relações amorosas tumultuosas que refletem seus contextos sociais e psíquicos, revelando o mesmo falso-*self* como tentativa de sobreviver ao meio ambiente conturbado e/ou falido.

Matheus (2012) colabora com a compreensão sobre a adolescência descrita pelas entrevistadas, ao descrever um antagonismo de forças pulsionais, diante das incongruências e tensões causadas pelo meio ambiente e suas (des)organizações, as quais imputa ao adolescente viver junto a um corpo social que almejava pertencer e se assemelhar, enquanto num corpo jovem que procurava se entender frente a impasses narcísicos e sexuais, posicionando-se junto a uma sociedade real não simbolizada.

As pacientes em reabilitação química, ao descreverem sobre suas adolescências indicaram de o mesmo modo terem se lançado entre relações amorosas para atender necessidades narcísicas e de pertencimento a um imaginário social, o qual mostrou-se insuficiente para acolhê-las. Matheus (2012) afirmou acerca das relações amorosas, que “[...] as pessoas se relacionam com o que acreditam ver em seus parceiros ou semelhantes – e não

com as pessoas em si” (p.722). Um olhar enviesado que se mostrou presente entre as entrevistadas.

6.3. Categoria - Pensamentos e sentimentos atuais prevalentes

Algumas participantes (4) relataram estar otimistas e terem esperança de se reabilitarem, afirmaram que possuem grande vontade de retornarem aos seus lares, assim como reaproximarem de suas famílias. Além disto, outras entrevistadas (3) mencionaram sentir prevalentemente ansiedade e culpa, como resultantes da dependência química. Destacaram-se algumas ambivalências e contradições entre sentimentos, ora positivos e esperançosos, ora negativos e temerosos. Abaixo seguem exemplos ilustrativos:

“Em casa! Em casa. Nas coisas...”; “Eu me sinto muito ansiosa, ansiosa...”; “... a minha mente não para, porque eu fico pensando no... na minha vida lá fora”; “Me fecho muito, pra tudo”. (E1)

“Hoje eu penso [...] em me manter limpa das droga [...] dar oportunidade a mim mesmo”; “Hoje eu penso em seguir a minha vida “... tenho um pensamento diferente de tudo o que eu já fiz na minha vida...”; “Então, eu acho assim, fácil e ao mesmo tempo difícil”; “Tem vez que eu penso no vício da droga...”. (E2)

“Eu penso que eu to num grande momento...”; “...to me aproximando do meu pai, da minha filha...”; “... o momento de guinada da minha vida, se Deus quiser”; “eu tenho que resolve... eu tenho que dá solução... eu tenho...”; “Sentimentos negativos [...] antigamente eu fugia, eu tentava me anestesia”. (E3)

“Eu sinto muito sentimento de culpa... a bebida... tirado tanta coisa”; “Meus principal pensamento é ... luta...”; “Não adianta, também luta e não vence”; “... eu sinto raiva, muita raiva... eu costumo guardar magoas no coração...”. (E4)

“A droga é a droga... ela não mexe com você, você que... com suas próprias pernas... vai atrás dela”; “... por eu tá mais velha, quarenta e três, tô cansada”; “Eu penso e sinto como uma pessoa normal... normal”; “Eu estou pensando positivo, acho que por causa da idade também, sabe”; “Eu perdi muita coisa na minha vida...”; “Ansiosa, ansiosa para ver o resultado disso tudo que vai acontecer...”; “É, eu tenho medo da negação, sabe!”; “Se eu começo a sonhar com a ativa ou com a droga eu já não quero voltar a dormir [...] o pesadelo volta [...] eu fico acordada... medo!”. (E5)

“Eu penso que agora eu vou viver pela primeira vez...”; “...curtir minha vida normalmente, curti saudável... não com droga e bebida!”; “Ah, eu tenho muita força de vontade de ter minhas coisas...”; “Eu ainda lembro da droga [...] quando eu me lembro dela eu peço a Deus para não deixar este pensamento comigo”; “ah, eu fico de canto, quieta, não quero mostrar para ninguém”. (E6)

Ao se falar sobre pensamentos e sentimentos expressos pelas entrevistadas, ressaltam-se as ideias de Freud (1925/1996/2006) sobre o pensamento que, pode se manifestar tanto de modo inconsciente como ideia, quanto de modo a ser colocado em vinculação com representações verbais. Deste modo, a ideia é pensamento em movimento e uma vez que se dê atenção a ela, torna-se a ideia pensamento propriamente dito, agindo através de palavras que contém afeto.

Quanto ao sentimento, Freud (1925/1996/2006) inferiu se tratar de percepções sensoriais recebidas externa e internamente e que se manifestam consciente e inconscientemente, porém sem qualquer vínculo de ligação para se atingir sua manifestação de forma consciente, de modo que para Freud o sentimento é a parte da dinâmica psíquica que manifesta nossa emoção, afetando o sujeito diretamente.

(Bion 2017 como citado em Ogden, 2012, p.194) sobre o tema pensamento e sentimento disse, “[...] quando falo de pensamento, sempre me refiro a pensamento e sentimento” e, neste sentido afirma Ogden (2012) que, o pensamento se manifesta por meio de três aspectos:

O pensamento mágico se apoia numa fantasia de onipotência para criar uma realidade psíquica que o indivíduo vivencia como “mais real” do que a realidade externa – por exemplo, como pode ser observado no uso de defesas maníacas; o pensamento onírico que ocorre no processo de sonhar. É a nossa forma de pensar mais profunda, que atua tanto quando dormimos como quando estamos acordados; o pensamento transformativo no qual o indivíduo cria novas maneiras de ordenar a experiência que geram não somente novas significações mas também novos tipos de sentimentos, novas formas de relações de objeto e novas qualidades de vida emocional e corporal (p.194-195).

Pode-se inferir que tanto a ideia quanto o sentimento, movimentando-se consciente ou inconscientemente, direta ou indiretamente como propõe os pensadores citados acima, são produzidos através de um mecanismo psíquico influenciado por fatores fisiológicos ou instintuais que estimulam objetivamente percepções internas que advêm do Id, assim, como das experiências subjetivas geradas a partir de sensações corporais produzidas pelo mundo ao sujeito (Heimann, 1986).

De modo que pela fluência das pulsões instituais sentidas emocionalmente tanto quanto percebidas e geradas em ideias, que denunciavam aqueles pensamentos em movimento, pode-se de o mesmo modo sugerir a não negação da “função psíquica especial, a atenção” (Freud, 1996/2006, p.197) para o surgimento consciente do sujeito em relação ao seu pensamento que o posicione e o auxilie se elaborar.

Para Bion (2017) o aspecto experienciado pelo sujeito descrito pelo fazer, se atem ao aprender na realidade que se mostra. É preciso permitir experimentá-la através daquilo que se evidencia pelos sentidos e pelas informações, como sentimento e/ou pensamento ao sujeito.

Ogden (2012) pontuou, considerando as ideias de Bion, a existência de pensamentos mágicos, oníricos e transformativos que se confluem em um processo dinâmico e existente no momento factual daquele sujeito e, que, o apresenta em sua possibilidade de o atender, experimentar e pensar, como recursos transformadores.

Deste modo, ao olhar para as entrevistadas que dizem, *“Hoje eu penso em seguir a minha vida”* (E2), *“Eu penso que eu tô num grande momento...”* (E3), *“Meus principal pensamento é ... luta...”* (E4), *“Eu penso que agora eu vou viver pela primeira vez...”* (E6), é possível considerar a necessidade delas desejarem intensamente saírem do desprazer que a drogadição as colocou e que, segundo Freud (1996/2006), exigirá sempre maior descarga de energia por impelir o sujeito à mudança.

Foi também possível inferir, a partir dos trechos citados acima, gritos de socorro que se encontra em cada palavra expressada como proposta do sujeito para manter-se esperançoso em seu continuar “sendo”, o que pode ser associado às ideias de (Bion como citado em Marra, 2017, p.04) sobre a sugestão da proposta de introduzir “a fé no que há de vir com a experiência analítica [...]”.

Do mesmo modo que se observa através dos discursos das participantes que disseram *“Eu me sinto muito ansiosa, ansiosa...”* (E1); *“Eu sinto muito sentimento de culpa... a bebida... tirado tanta coisa”*; *“Não adianta, também luta e não vence”* (E4); *“... por eu tá mais velha, quarenta e três, tô cansada”* (E5), elas descreverem estar em um movimento íntimo angustiante que sugere desproteção e medo de falirem. Estes sugerem revivências pelo sentimento de raiva, frente à possibilidade de se sentirem abandonadas e rejeitadas novamente caso tenham recaídas. Diante, das dificuldades que sentem junto à reabilitação que as transforme, posicionam-se inseguras pelo já vivido junto às drogas, se percebendo presas em um mundo concreto de dor e, ao mesmo tempo, lutando para livrarem-se dele.

Bion (1991), ao se referir aos elementos-beta, afirmou que estes dificultam o pensamento/sentimento se tornar inconsciente, deste modo impossibilitando a repressão e, da

mesma forma, a aprendizagem que as ajudaria diminuir suas ansiedades e culpas. Relacionando estas falas com sentimentos negativos e positivos é possível transitar por um aspecto mencionado por Klein (1981), sobre a necessidade de a criança receber “sinceridade” por parte do sujeito, a quem ela tem como referência para sua construção de sua personalidade. Agir com sinceridade junto à criança é fator que a protege de pensamentos contrários à repressão, contrários a substituição de tendências instintivas ou sádicas por afeto, contrários a repressões de associações de ideias recalcadas ao que isto pode ocasionar destruição de pensamentos e, que, por sua vez, produza nela uma profunda sensação de vazio e medo (Klein, 1981).

Vazio este que faz aquela criança se sentir vorazmente faminta, obrigando-a insaciavelmente a se alimentar (introjetar) além do que necessita, com fim de destruir aquele objeto que a fez ter fome (Klein, 1974).

Medo que sugere indicar raiva, fazendo a criança se sentir terrivelmente angustiada e confusa por ter que lidar com a verdade que se apresenta a sua frente, através da realidade que se mostra no seu ambiente externo e interno (Klein, 1981), como o sugerido pelas pacientes “... *eu sinto raiva, muita raiva... eu costumo guardar magoas no coração...*” (E4); “*Se eu começo a sonhar com a ativa ou com a droga eu já não quero voltar a dormir [...] o pesadelo volta [...] eu fico acordada... medo!*”; “*É, eu tenho medo da negação, sabe!*” (E5).

De modo que por meio daquela sinceridade trabalhada no processo da educação da criança os pais ou cuidadores a estimulam lidar com a relação ambivalente junto aos impulsos sádicos, sem que haja um substituto para tal feito, ou seja, evitando que por esta ação substituta o que foi reprimido consiga retornar emocionalmente com maior força e de modo avassalador, como “ansiedade social, ansiedade moral e autocensura ilimitada” (Freud, 1996/2006, p.161), assim como descrito nas entrevistas: “*eu tenho que resolvê... eu tenho que dá solução... eu tenho...*” (E3); “*Ansiosa, ansiosa para ver o resultado disso tudo que vai acontecer...*” (E5); “*Eu ainda lembro da droga [...] quando eu me lembro dela eu peço a Deus para não deixar este pensamento comigo*” (E6).

Deste modo, a partir dos discursos das pacientes sobre emoções que, apresentadas e descritas falam de sentimentos que se mostram contraditórios, entre idealizações e realidades, elas sugerirem uma conversa com falhas e perdas registradas por Klein, Winnicott e Bion ao afirmarem entre si, quando da dificuldade que ocorreu entre sujeito-cuidado e cuidador insuficientemente presente e acolhedor (Silva, 2020).

Winnicott, afirmou que o indivíduo que experimenta o sentimento negativo de solidão em si, poderá não ter recebido a presença de uma mãe objeto que o tenha satisfeito, nem a presença de uma mãe ambiente que o tenha cuidado (Winnicott, 2012), o que pode ser percebido

em algumas entrevistadas: “*Me fecho muito, pra tudo*” (E1); “*ah, eu fico de canto, quieta, não quero mostrar para ninguém*” (E6).

(Bion 1962/1990 como citado em Silva, 2020) afirmou que, quando o cuidador não é capaz de exercer o *reverie* enquanto continente ao contido, gera consequentemente ataques aos vínculos emocionais do cuidado. Isto impedirá ao sujeito dele exercer funções-alfa, inibindo a capacidade nele de pensar, ou seja, não conseguindo refletir sobre o assunto, o que o faz experimentar um angustiante sentimento negativo: “*Então, eu acho assim, fácil e ao mesmo tempo difícil*” (E2).

Assim, como (Klein 1971 como citado em Silva, 2020) declarou que o sujeito sofreu nostalgicamente uma perda irreparável, sugerindo ter sido uma perda sem remédio para se alcançar a felicidade da relação primeva com sua mãe, criando a si sentimentos negativos e mantendo-se na posição esquizoparanóide, como inferido aos trechos: “*Sentimentos negativos [...] antigamente eu fugia, eu tentava me anestesiá*” (E3); “*Eu perdi muita coisa na minha vida...*” (E5).

6.3.1. Subcategoria - Vida relacional

Nota-se a partir dos discursos das participantes haver certa tentativa em suas entrevistas sobre a vida relacional de se apresentarem através de um dizer corretamente normatizado, entretanto, que denunciam relações que precisam por suas próprias falas ser justificadas por meio de atitudes altruístas, de inibição, de culpa, de denigração, além de rejeição. Segue-se abaixo alguns dizeres delas:

“*... não sou brava [...] não sou brava [...] não sou brava*”. (E2)

“*Acuada, não sei... eu falo de repente já fico... arrependida de alguma coisa que eu falei...*”. (E5)

“*Ah, eu não tenho família [...] eu sou do mundo mesmo*”. (E6)

Ao se falar sobre vida relacional percebe-se a importância de não menosprezar a base do estudo psicanalítico winnicottiano referente à relação mãe-bebê, no que diz respeito à participação neste relacionamento da criança com a mãe e da mãe com a criança, como base do desenvolvimento emocional do sujeito (Winnicott, 2012).

Winnicott (2012) ao dizer sobre os processos da maturação como base para o desenvolvimento emocional no bebê tanto quanto da criança, acusa a importância das condições

externas como ambiente suficientemente bom para que o amadurecimento se processe de modo a proporcionar àqueles que se encontram em desenvolvimento saúde mental suficiente para suportar seus conflitos de ambivalência, ou seja, sobreviver ao amor-ódio, ódio-amor despertados no contato com a sua primeira relação de vida e, que, poderá perdurar por toda ela.

Ao observar, a relação entre amor e ódio estar diretamente ligado ao desenvolvimento emocional do bebê/criança, assim como também às relações de vida futuras, sugere-se ao sujeito em curso na vida a importância de se atentar à necessidade de se perceber em certa “fusão”, como disse Winnicott (2012), na experiência do sujeito junto a suas pulsões eróticas e agressivas para com o objeto desejado, podendo canalizar suas emoções com criatividade, como se segue pela entrevistada “... *meu irmão mais velho pra mim é o meu pai hoje...*” (E2)

Deste modo, atingindo por suas próprias experiências o saber se conduzir com suas percepções e sensações inconscientes (Heimann, 1986) através das quais consiga sobreviver aos conflitos psíquico-emocionais que aflorarão frente às frustrações e, certo modo, poder vir a criar pensamentos enquanto diante da relação com o objeto desejado.

Importante notar, ainda que caso haja qualquer dificuldade ou resistência do sujeito em se comportar com e pelo amor ao trato natural da necessária ambiguidade psíquica que se apresenta no início daquela maturação, o sentimento que surgirá desta relação ambígua de sua vida íntima será aquele produzido por certa ideia persecutória de intensa e angustiante culpa, impossibilitando aquele sujeito de criar um envolvimento junto ao ambiente que não foi suficientemente bom a ele (Winnicott, 2012) e, que, conseqüentemente o sujeito se sentirá incapaz e insuficiente para também ter condição de ser bom ao ambiente, assim como descrito nas entrevistas: “... *quando eu tava na drogadição eu não ficava perto deles, só na rua, rua, rua*” (E5); “... *eu vou ter que falar a verdade, eu não gosto que mexe nas coisas dos outros e, também não gosto que mexe nas minhas coisa*” (E6).

A este respeito, como sugere as falas das participantes em reabilitação química como sendo o sujeito que se sente insuficiente para ser bom na relação com o ambiente, (Gurfinkel 2011, como citado em Nascimento et al., 2020) comentará que o indivíduo dependente químico trespassará o campo da fantasia agindo diretamente no campo material, produzindo crise de confiança no campo transferencial, E1 “*Eu tenho muita dificuldade de relacionamento*”; E3 “*Foi sempre assim, bem conturbada... Por eu ser muito fechada*”; E6 “*Ah, eu fico de canto, quieta, não quero mostrar para ninguém*”; assim, como aspectos de degradação de caráter no campo relacional fazendo o sujeito escravo do objeto com o qual possui relação e, certo modo, coisificando-se no mundo.

Nascimento et al., (2020) disse que o objeto criado ilusoriamente a partir da relação do bebê com o seio da mãe, o qual é chamado por Winnicott de objeto transicional, contribui diretamente para que o sujeito se sinta integrado e desenvolva o seu self com o qual enfrentará as frustrações e decepções, tolerando-as. Contudo, afirmando, ainda, que caso haja maldade ou falha no ambiente relacional aquele objeto transicional perde o sentido, gerando no sujeito a necessidade de sobreviver através do falso-self; “... eu procuro sorrir [...] fazer uma partilha, ... *arrumo um aqui dentro, faço uma partilha [...] procuro direto um profissional, faço uma partilha [...]*”; “*usando muita droga a droga ia mexer com o meu organismo e ia tirar a minha vida*” (E2); “... *relacionamento não deu certo porque eu sou feia*”; “*Às vezes eu costumo tirá [...] até da minha boca pra dá pra boca dos outro [...]. eu sou uma pessoa assim, boa [...] uma pessoa boa*” (E4).

Ou seja, se, por um lado, o sucesso do ambiente permite ao sujeito o ingresso na experiência humana do viver criativo, por outro, a falha desastrosa e recorrente deste levará o sujeito a uma experiência de perda de sentido e desintegração, colocando em risco a experiência de continuidade do self [...]. (Nascimento et al., 2020, p.909).

6.4. Categoria - História da drogadição

Observa-se, através dos depoimentos das entrevistadas, existir um padrão comportamental conflituoso e crescente no que diz respeito ao uso do álcool e droga, que as levou a atos de resistência inconsciente em relação às leituras de suas atitudes tanto quanto de suas subjetividades individuais. Deste modo, as escolhas/conduas deram-se por um condicionamento não saudável e destrutivo, a partir de ações que num primeiro momento surgiram como tentativas para suprir intensas frustrações emocionais tornando-se, porém, ações perversas e aprisionantes contra elas mesmas. Segue-se, assim, depoimentos que justificam esta compreensão:

“Cocaína... era raro, raramente... depois de um tempo comecei a usar com mais frequência, mais frequente...”; “*E minha mãe faleceu [...] Então eu me fechei e comecei fazer uso todo dia*” (E1)

“... a primeira vez foi com coleguinhas, colegas, amigos né...”; “*... depois dos 33 anos [...] eu trabalhava em 3 serviços [...] eu me vi no uso porque eu dormia 2 horas por dia só no máximo*” (E2)

“... eu sempre fui a que bebia mais... fazia as bebidas, as caipirinhas, então acabava bebendo mais... hoje olhando pra trás... o exagero da minha parte”; “... de química mesmo que eu conheci é o craque, fumei maconha duas vezes [...] o que eu tive mais mesmo contato foi com o álcool [...] vai fazer 28 anos que eu bebia” (E3)

“... o meu problema realmente não foi a droga né, meu problema é a bebida, a bebida que me trouxe até aqui”; “Quanta cerveja tiver eu bebo, se pará um caminhão de cerveja eu bebo um caminhão de cerveja. Eu não tenho limite”; “... de uns tempo pra cá a cerveja... não tava dando aquele efeito que ela dava mais. Aí já comprava pinga e tomava [...] das 4 da manhã até as 6 e meia 7 hora da noite...” (E4)

“Ah, eu sempre ficava no meio, mas nunca usava. Uma vez por curiosidade eu pedi pra me deixar usar e usei e gostei”; “Aí foi a maconha, depois da maconha veio a cocaína, depois da cocaína veio o crack” (E5)

“... eu comecei a cherar muita cocaína aqui em Ribeirão, aí um dia acabou cocaína [...] começou o tempo do craque”; “... fui presa, apanhei muito, levei facada, fui queimada...”; “Eu ficava três quatro dias sem comer [...] nem bebia água...” (E6)

Ao se ler sobre cada história descrita pelas entrevistadas, as quais falam de individualidades subjetivas, importante primeiramente considerar que a individualidade nasce por fatores inerentes e existentes do próprio sujeito como aquele que se dinamiza mentalmente, por onde há um pulsar ritmado através de fator interno a partir do seu inconsciente, o qual estimulado por funções externas produz um “eu” corporal e primário. Este, passa a expandir-se movimentado por meio de dinâmicas psíquico-emocionais diligentes e elaboradoras, assim como também poderão ser destrutivas, o cerceando e o enfunando (Freud, 1996/2006).

Desse modo, atividades de censura e testes da realidade passam a ser atributos daquele “eu” em necessidade direta de manter-se em estado de vigilância e repressão aos impositivos do inconsciente, gerando ao sujeito através de angústias, a árdua tarefa de se perceber em sua individualidade subjetiva e dinâmica (Freud, 1996/2006).

Ao retratar este sujeito dinâmico, subjetivo e expansivo observa-se por seu psiquismo ser gerado certa ambiguidade, com a qual ele passa a se criticar a partir da referência do objeto bom ou mau introjetado, que o estimula a se perceber como aquele sujeito, porém, podendo trazer em si intenso sentimento de culpa gerado pelo conflito que nasce entre um e outro, ou seja, entre o amor que sente àquilo que não o rejeita e o ódio pelo que se sente rejeitado (Freud, 1996/2006).

Freud (1996/2006) disse em seu texto “Mal-estar da civilização”, sobre o sentimento de culpa ser o fator gravitacional do mal-estar na relação do sujeito com o outro, por sentir-se desprovido de saber lidar com as pulsões objetais libidinais inconscientes sem gerar conflitos com a moral e com a repressão social sentindo-se, deste modo, acuado frente aos desejos de gozo e prazer, enquanto no intenso e desgastante desprazer em que se sente vivendo.

Câmara (2012), neste sentido, afirmou que diante de contínua e excessiva investida dos impulsos inconscientes ao sujeito, ele reagirá procurando escapar através de energia sexual ou agressiva, assim como por meio das fantasias para sobreviver à realidade. Podendo, ainda segundo a autora, romper pelo delírio ou pelo mecanismo de fuga através do ato da drogadição.

A drogadição pode ser compreendida como uma fuga de si mesma, marcada pela falta de objetos bons, decorrente de uma identificação parental prejudicial. Os indivíduos, junto à droga, indicam serem vítimas de um encontro traumático de si mesmas e determinado por vivências primitivas que não alcançaram significação, apresentando uma estrutura que as limitam em suas escolhas, assim, as colocando em um ritmo de repetições constantes (Câmara, 2012).

Ressalta-se as ideias de Heimann (1986) em torno de um “eu incipiente”, tratando-se de um processo de formação dinamizado entre o Id e o próprio Eu, o qual se refere a uma deficiência em seu desenvolvimento saudável pelo fato de suas experiências concretas dadas pelo mundo exterior não terem sido experienciadas e abstraídas, produzindo desarranjos representativos em sua estrutura psíquica funcional (Bion, 1991).

Heimann (1986) defendeu a importância do necessário e bom funcionamento dos mecanismos de introjeção e projeção, sendo eles fundamentais para a construção do Eu, comentando também sobre o prejuízo de desenvolvimento deste Eu na criança extremamente boa, assim como na extremamente perturbada, vindo a propiciar a si um caráter duvidoso e do mesmo modo tornando a função do Eu conflitante em sua ação de obter prazer e evitar a dor, haja vista, que seu poder de discernir, decidir e escolher em relação aos valores referentes ao que seja prazer e dor estarão prejudicados.

Observa-se (Kohut como citado em Kessler et al., 2003) apontar sobre o triunfo da negação pela onipotência, desenvolvida na mente do dependente químico por ter faltado neste a interiorização – introjeção - de elementos bons tanto quanto por funções paterna e materna comprometidas por causa de negligências.

Segundo (Krystal como citado em Kessler et al., 2003), o conflito presente no dependente de drogas encontra-se junto à forte pulsão ambivalente que o faz manter-se através de um (pseudo) controle onipotente em relação ao seu poder sobre o amor objeto da mãe ou

pelo desprezo a ele, relacionando isto com a própria droga, que passa a lhe dar sensações análogas como prazer e distanciamento após a satisfação.

Kessler (2003) afirmou que os estudos sobre a drogadição denunciam a presença de relações narcísicas intensas existir no sujeito envolvido às substâncias psicoativas, sugerindo por esta ele se sentir onipotente junto à “coisa” e, deste modo, se coisificando.

6.4.1. Subcategoria - Significados atribuídos às drogas

Ao se pontuar algumas expressões emocionais significativas descritas pelas entrevistadas dependentes químicas, observa-se existir a necessidade do preenchimento de um vazio produzido por intensa resistência, negação e desistência a escuta frente a suas pulsões instituais tanto quanto ao que sentem emocionalmente a partir delas.

Foi possível notar tentativas incansáveis de fuga da realidade interna, o que passa a conflitar com suas realidades externas, as quais continuam as fazendo se sentirem melancolicamente angustiadas. Pensamentos suicidas foram então citados, possivelmente associados ao encurralamento que sentem estar vivendo e revivendo constantemente, causando assim sensações de vulnerabilidade, inutilidade e raiva representados pelo constante medo que as persegue. Segue-se abaixo depoimentos que justificam este parecer:

“Função boa não, mas naquele momento eu sentia necessidade, eu sentia falta, tava faltando alguma coisa. Então a droga parece que desfazia aquela falta”; “Ao mesmo tempo que eu não queria eu queria...”; “No entanto, que por isso que eu quero ficar aqui, que eu quero ficar longe da bebida de tudo” (E1)

“... uma certa época era pra tirar a minha vida. Eu achava que eu conseguia que, se usando muito droga a droga ia mexer com o meu organismo e ia tirar a minha vida”; “Emocional? É pra esquecer as coisas problemas da vida” (E2)

“A bebida ainda me trazia algum prazer, agora a droga não. Só gasto e destruição”; “Fuga, depois sentimento de arrependimento e fracasso”; “... então eu vejo um propósito, lá na frente quando eu penso nisso” (E3)

“... coloquei a bebida na minha vida como se ela fosse o melhor presente que Deus me deu”; “... me sentia acho que feliz, alegre, bebia, dava risada, conversava sabe? [...] me

despertava um lado que não era meu”; “Eu queria volta atrás. Volta atrás e corrija, sabe... tudo” (E4)

“Teve, função de me diminuir, de me levar pro fundo do poço”; “Tristeza! Tristeza, angústia, medo”; “Se eu pudesse voltar o tempo, eu não tinha feito isso (chora)” (E5)

“É uma devastação na vida de qualquer um, é horrível, é uma coisa inexplicável”; “Ah, eu não sei explicar. Não gosto nem de pensar...”(E6)

Primeiramente, com fim de entendimento às sensações significantes de vazio, dor, melancolia e, até mesmo suicídio descritas pelas entrevistadas é válido iniciar este assunto por um breve resgate do conceito de “repressão”, o qual Freud (1996/2006) afirmou ser uma estratégia psíquica desenvolvida para evitar o estímulo instintual, afirmando ser uma posição intermediária entre a fuga do objeto excitante que, em fato e, do qual, o sujeito não poderá escapar do próprio ego, e, da condenação ou rejeição da pulsão instintual do objeto que instiga este sujeito.

O impulso instintual deve sofrer tal sequência repressora uma vez ser ele provedor de satisfação e prazer, assim, segundo Freud, a repressão surge paradoxalmente por causa do desprazer obtido como resultado do prazer ocorrido pela satisfação instintual inferindo, deste modo, isto acontecer e se efetivar no sujeito por causa da introjeção de algo externo destrutivo e que o corrói por dentro, provocando nele intensa tensão e dor (Freud, 1996/2006).

Freud (1996/2006) a respeito da dor, também afirmou existir uma repressão primeva através da qual a consciência (ego) não reconhecendo o objeto representado para satisfação psíquica ideal do instinto, nega-o provocando fixação em relação ao que está sendo representado, ou seja, aquela ideia que não sendo aceita permanece na vida mental inconsciente do sujeito, reincidindo e produzindo constante pressão e dor a ele.

Na perspectiva de Klein (1981), a fixação conseguindo se fundir às tendências do ego (consciência), ela não se recalcará, dando possibilidade de haver desenvolvimento psíquico ao sujeito, pois haverá a soma de afeto que o estimulará e impulsionará produzindo um descarregamento sem freio das fantasias de modo saudável e criativo. Porém, tais fixações se agarrando às circunstâncias e situações de prazer sem limites, elas falam frente ao recalçamento, podendo o dirigir à inibição patológica.

Inconscientemente, o sujeito vivendo sua patologia encontra-se entre sensações de desprazer pela fome de amor que não recebe, tanto quanto por retenção de ódio que não

consegue expurgar, ou, se o expurga do mesmo modo passa a se alimentar dele por não conseguir transformar e se desapegar do significado que dá ao seu primevo objeto de satisfação e, que, o fez desenvolver tal sentimento ambíguo (Klein, 1981).

(Winnicott como citado em Silva, 2021) a este respeito, diz sobre a importância de haver um ambiente suficientemente bom para que ocorra a transição do sujeito que se encontra em estágio de não integração a fim de sentir-se integrado, de modo a se perceber em um ambiente que o atenda para a sustentação de seu *self* a partir do “não eu” identificado por ele.

Assim, para entendimento do conceito de *Self* Winnicott (1960/1990, p. 135) segue um pequeno trecho:

No estágio inicial, o verdadeiro *self* é a posição teórica de onde vêm o gesto espontâneo e a ideia pessoal. O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e se sentir real. Enquanto o *self* verdadeiro é sentido como real, a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade.

Ao se falar de falso *self*, (Winnicott como citado em Silva, 2021) aborda a falta daquele ambiente suficientemente bom motivar o seu surgimento no sujeito como ato de defesa e sobrevivência, porquanto, ele se apresentou intoleravelmente insuportável uma vez que, a mãe-ambiente em não cuidar assim como a mãe-objeto em não satisfazer produziu o fracasso de propiciar oportunidade ao sujeito de se significar e de se sentir confiável no que é. Deste modo, torna-se incapaz de envolver-se vivendo duras angústias e defesas desesperadas através de um falso *self*, como tentativa de sobreviver à cisão e à desintegração em sua insignificância sentida (Winnicott, 2012).

Se tal insignificância, surge a partir da relação conflituosa e negligente junto ao outro, nota-se relevante pontuar com Vianna et al., (2017) sobre observação de Freud a respeito do relacionamento do sujeito com os outros homens ser um dos motivos de nosso sofrimento, provocando ao sujeito seu isolamento assim como ele recorrer às drogas para diminuir a tensão provocada pelo desprazer e, deste modo, posicionando as drogas como falso intermediário entre ele e o outro social.

Vianna et al., (2017) definiu tal mecanismo junto às drogas se tratar de um subterfúgio para o dependente químico que se sente pressionado pelo sentimento de culpa gerado por seu superego opressor, enquanto na necessidade de se submeter aos impositivos de normas criadas

por uma cultura que se representa a ele como instância paternal, encontrando nas drogas um meio aparentemente eficaz para o sujeito suprir sua dor gerada pela internalização de um mundo externo que o corrói e o destrói.

(Freda 1987 como citado em Vianna et al., 2017) afirmou, ainda que, o dependente químico vê na droga um significado para se satisfazer através de suas pulsões de modo irrestrito, defendendo-se de possível aniquilamento infligido a ele pelo medo da castração.

6.5. Categoria – Tratamento

Observa-se as dependentes químicas em reabilitação junto à instituição se sentirem acolhidas, atendidas, gratas e esperançosas para com o reajustamento, reintegração e tranquilidade que vieram buscar junto ao tratamento oferecido pelo ambiente terapêutico. Segue-se abaixo depoimentos das entrevistadas:

“Essa é a minha primeira clínica [...] a gente é muito bem tratado, tem auxílio, tem a terapia, tem psicólogo, então... muito bom aqui”; *“... eu estou sendo muito bem recebida”*. (E1)

“Essa é a primeira clínica de reabilitação”; *“... os coordenadores, os que trabalham aqui na clínica são muitos prestativos, eles tão sempre juntos, sempre conversando, dialogando com a gente [...] eu acho muito bom uma clínica muito boa”*. (E2)

“... muito valido, mas pra quem quer realmente o tratamento”; *“É uma ferramenta e tanto. A gente aprende muito”* (E3)

“...Essa é a primeira clínica...” (E4)

“Eu acho legal, alguém que acredita na gente... eu não sei curar só”. (E5)

“É a primeira vez que eu estou e é maravilhosamente isso aqui”; *“... café da manhã na hora certa, almoço certo...”* (E6)

Com interesse de entender sobre o tratamento psicológico como uma forma de intervenção aos usuários de drogas, ressaltou-se a necessidade de abordarmos brevemente o processo pelo qual este se inseriu na história, independentemente da instituição/local em que foi utilizado. Nesse sentido, Freud (1913/1996/2006) disse que o tratamento psíquico é uma terapêutica à alma, portanto, anímica e que pode falar sobre as perturbações psíquicas tanto

quanto de muitas perturbações físicas sem explicação médica, a qual em relação ao aspecto anímico como observado simplesmente filosófico e menosprezado junto às cátedras médicas, era entendido como uma função puramente orgânica, sendo retratado como resultado de um problema ou doença do sistema nervoso.

Descreveu Freud (1913/1996/2006) sobre a importância da articulação da palavra ou do falar junto à prática do tratamento anímico, naquilo que ela tem como poder de influenciar a esperança, o ânimo, assim como a própria fé. Comentando sobre a dinâmica psíquica que proporciona esta fé aos pacientes que buscam pela temática religião, a qual segundo Freud, ela conseguir acolher ao real imaginário do doente que cria para si certa expectativa que o mobiliza forças anímicas eficientes e eficazes para estimulá-lo à melhora de seus problemas físico ou mental.

Freud (1913/1996/2006), explicando sobre a fé religiosa, disse que ela contribui para com a manifestação de efeitos positivos ao paciente, entretanto, entendendo que sendo como reforço às forças pulsionais existentes no próprio sujeito; dizendo sobre este reforço ser análogo ao que ocorre com o doente frente ao médico atencioso e afetuoso, o qual através de sua atitude humana junto ao paciente sem o saber promove o tratamento anímico que faz aquele sujeito afetado se animar, criando esperança e significativa melhora.

Ao se falar de afeto, nota-se ele ser a “expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e de suas variações” (Penna, 2017, p.12), ou seja, o afeto articula importante ação de canalização e equilíbrio das emoções, as quais passam a se movimentar através de sentimentos de esperança, assim como de acolhida e pertencimento do sujeito que esteja se sentindo não-integrado ou, mesmo, desintegrado.

De modo que o acolhimento afetuoso, mostra-se como aquele articulador que facilita a apresentação do inconsciente ao consciente do sujeito, contribuindo assim ao processo terapêutico anímico do mesmo modo como um instrumento imprescindível ao dependente químico junto ao seu tratamento psíquico.

Uma vez que, este sendo afetado primeiramente pelo acolhimento e, por este, sentindo-se integrado passa o sujeito a se identificar com algo que o faz perceber a existência do amparo pelo ator que se fez expressão de amor a ele.

Podendo, assim por aquele ato de atenção ao paciente este se dar consciência deste amor que existe latente nele pela simples ação daquele ator, ou seja, “... qualquer coisa proveniente de dentro que procure tornar-se consciente deve tentar transformar-se em percepções externas” (Freud, 1925/1996/2006, p.34).

Contudo, infiro que tal afeto sentido pelo sujeito por aquele ator, ainda que naquele possa ser percebido através do acolhimento como algo que o impulse pela esperança a se reabilitar, esta ação somente poderá ser mantida para que haja tratamento eficiente e funcional, caso o dependente químico não tenha sofrido intenso e insuportável abalo em seu desenvolvimento emocional, enquanto em sua fase bebê/criança. Pois, se foi fragilizado neste estágio e pela dor foi afetado sem conseguir sobreviver às frustrações, terá ele dificuldades de desfrutar daquele acolhimento como fenômeno transicional, como disse Winnicott (2019).

De modo que, ao se observar o afeto como função reveladora do fator pulsional do sujeito, sugiro ser percebido através do acolhimento ele ter função como fenômeno transicional que o coloca, “entre a atividade criativa primária e a projeção daquilo que já foi introjetado, entre o desconhecimento inicial da dívida e o reconhecimento da dívida” (Winnicott, 2019, p.15).

6.5.1 Subcategoria - Motivos para iniciar o tratamento

Nota-se junto às pacientes em reabilitação química elas viverem intensa angústia junto às quais elas pedem socorro para salvar algo que sentem ter ou estarem perdendo; seja de si próprias, seja a perda da família, seja do amor dos filhos, assim como demonstram estar vivendo em profundo desespero, diante da pulsão de morte a qual se entregaram. Abaixo segue algumas de suas falas:

“É... eu... tomei a decisão de me abrir com a minha família, e com o meu patrão que era o secretário da saúde lá da minha cidade, eu falei o que estava se passando e ele organizou e deu tudo certo pra eu vim para cá”; “Ninguém sabia que eu usava, então a hora que eu resolvi abri, já tive essa oportunidade de vim pra cá”. (E1)

“Vontade própria. Eu pedi para o meu irmão ajuda e, a gente veio e conseguiu”; “Quando eu vi que tava perdendo tudo, até a minha família”. (E2)

“Foi realmente pará de bebe”; “... eu tava fazendo um tratamento já na médica sobre a bebida... tava me dando uns remédio... fica mais calma”; “... ela falou pra ele (filho) que tinha essa clínica [...] aqui em Ribirão [...] fomu num dia conversamo, no outro dia me chamaram”. (E4)

“Eu pedi socorro pra minha mãe (chora intensamente) [...] eu não tava aguentando mais”; “Porque foi aqui a porta que abriu pra mim” (E5)

“Eu pedi ajuda para minha assistente social. Eu pedi ajuda. Eu quis me internar”; “Porque eu tava olhando para as pessoas ao meu redor e parecia as pessoas tavam um zumbi [...] Preciso sair disso”. (E6)

Segundo López Acosta (2009) muito baixo é o índice de procura de ajuda à reabilitação química pelos usuários no mundo, descrevendo que estudos feitos tanto nos EUA quanto no Canadá apenas aproximadamente 5% desta população aderem ao apoio de saúde ao tratamento ou autoajuda, sendo que boa parte destes que chegam aos grupos de apoio veem por meio compulsório, ou seja, por tramites legais e não espontâneos, o que dificulta a participação e a entrega por parte do dependente químico à reabilitação.

(Lloyd et al., 2005 como citado em López Acosta, 2009) dirá que há maior aderência ao tratamento aquele usuário que não viva só, ou seja, que viva com família, com um cônjuge ou mesmo com amigos.

A este respeito Martinez et al., (2020) dirá em seu artigo *Visual Ethnography: Decriminalization and Stable Housing Equals Motivation, Stability, and Recovery Among Latinx Populations* (Etnografia Visual: Descriminalização e Moradia Estável Equivalem a Motivação, Estabilidade e Recuperação entre Populações Latinas) sobre a iniciativa da Escola de Serviço Social da Universidade de Boston em Massachusetts para atender e tratar o transtorno por uso de substâncias (SUD), desenvolvendo moradias com objetivo de propor segurança, estabilidade, força, progresso e esperança aos usuários latinos, afirmando que habitação é um determinante motivacional e crítico da saúde.

López Acosta (2009) ressalta, ainda, sobre a importância de observar não somente a inclusão do dependente químico junto ao programa de tratamento de reabilitação, mas ao como ele entrou no grupo de apoio uma vez que é relevante o usuário se sentir motivado pela própria decisão, a fim de que elementos subjetivos seus contribuam para com desenvolvimento do reajuste dado pelo tratamento.

O MS (2003) afirma aos profissionais que trabalham com dependentes químicos sobre a importância do acolhimento quando eles buscam por redes de apoio para tratamento, uma vez que por esta atitude há um reforço motivacional, facilitando à aderência do usuário ao programa de reabilitação.

O MS (2003), também ressalta sobre a importância da disponibilidade do acolhimento sempre que o dependente químico se implicar para com a sua reabilitação, entendendo que a

ambivalência, flutuação motivacional deles, tanto quanto o imediatismo serão fatores presentes e que sem o acolhimento eles mais facilmente se sentirão desmotivados; lembrando, ainda, que mesmo que busquem por ajuda através de aparente motivação apresentadas por eles não se poderá esquecer que chegam exaustos e, até mesmo destruídos por problemas individuais, interpessoais, familiares e, até mesmo por conflitos desenvolvidos em ambientes de formação e aprendizado.

6.5.2. Subcategoria - Resultados desejados e expectativas

Nota-se que, diante da possibilidade de serem tratadas, as entrevistadas geram expectativas de melhoras, renovação e transformação. Algumas expectativas estão associadas às questões religiosas e outras a autoexigência à mudança. Abaixo seguem-se algumas falas:

“É... a melhora. Sempre, sempre a melhora” (E1)

“Eu espero sair daqui bem, tratada”; “Livre das droga” (E2)

“Na verdade eu não espero nem da clínica nem do tratamento, eu espero de mim mesmo...”; “... eu acho que depende da pessoa né, depende... do paciente tá aberto e disposto a mudar” (E3)

“Que eu saio daqui uma nova mulher, eu saio daqui transformada”; “... tipo nas outra vez que me pergunta, eu tive lá e sai de lá e to bem [...] eu acho que eles vai ajuda” E4

“Eu espero tudo o que eles me prometeram [...] se eu fizer as coisas direitinho na saída com serviço...” (E5)

“Ah, eu vou sair bem, em nome de Jesus. Muito bem!”; “Espero dá o meu melhor” (E6)

Ao escutar sobre desejos e expectativas das pacientes em reabilitação química, entregando-se às terapias da instituição que as auxiliem na desintoxicação, percebe-se ser criado nelas a partir do ambiente terapêutico certa esperança de melhora, de cura e, até mesmo de autocobrança, transferindo àquela instituição por um ato de dependência mas também às vezes de submissão, a certeza do reajuste esperado e da mudança, entretanto, precisando, “levar em consideração se o *setting* em que o indivíduo opera é ou não confiável” (Winnicott, 2019, p. 94).

Porquanto, as pacientes ao buscarem ajuda para com o desmame químico em instituição de reabilitação, deverá esta lembrar que aquelas vêm de contumaz ilusão vivida junto às drogas

e do mesmo modo falidas, frente à incapacidade de sobreviverem à desilusão (Winnicott, 2019) por não conseguirem abandonar as substâncias psicoativas, assim como do meio ambiente que não se modificou, fazendo com que elas se sentissem insuficientes na participação de seus reajustes.

Uma vez que a instituição, enquanto continente que se prontifica a abrir-se ao conteúdo do paciente, necessitará apoiar-se na posição de ambiente que produza àquelas dependentes em reabilitação o suporte e sustentação que as ajude voltarem a sonhar suas vidas, com as quais se veem em intensa tensão entre o mundo interno e externo, e, assim poderem experienciarem-se para (re) pensar sobre si mesmas (Grotstein, 2010).

A este respeito, Winnicott (2019), afirmou que, o ser humano sempre viverá na tensão junto às realidades interna e externa, sendo somente aliviado naquela tensão quando se entrega ao que ele chamada de “área intermediária”, ou seja, ao ato de se “perder” na brincadeira.

Ao que se infere a partir de assertiva de Winnicott (2019), aquele ambiente ter que se esforçar para atuar como uma mãe que se posicionando como objeto transicional junto às dependentes químicas com seus egos fragmentados e fragilizados, as ajude no reajuste de seus desenvolvimentos emocionais devastados, deste modo, as gerando expectativas de melhoras e esperança a partir de seus desejos de mudança.

Crê-se importante observar com Grotstein (2010) a partir de estudos sobre Bion, pontuar o ambiente continente (analista) ter que manter-se extremamente paciente, sobrevivendo às associações “aleatórias ou caóticas” que surjam na mente deste ambiente, a fim de conseguir lidar com as frustrações que advirão e serão geradas no conflito entre dor do paciente e da instituição.

Ao descrever, a instituição como aquele ambiente (analista) que se torna o continente do sujeito em desintoxicação, destacam-se as ideias de Grotstein (2010, p.95), quando diz:

O analista não deve recuar pela ansiedade de seu dever de sonhar [...], todos os estímulos de dentro e de fora – ou seja, ‘os estímulos sensoriais da experiência emocional’ – devem primeiro ser sonhados pelo analista a fim de que possam tornar-se inconscientes – e inconscientemente serem processados pela função-a a fim de se transformarem em elementos mentalizáveis (elementos-a).

Assim, como importância de entendimento sobre a função-alfa e elementos-alfa, Bion (1991) disse que, a primeira atua sobre as impressões sensíveis e emocionais do paciente, dando-lhe atenção a ideia como pensamento, o qual sendo atendido e experimentado no sujeito passa inconscientemente a se armazenar nele como elementos-alfa, o permitindo gerar pensamentos oníricos – ou seja, sonhar.

Pensa-se importante ressaltar sobre a condução da instituição com o adicto junto a sua reabilitação, enquanto esperança e expectativa de sua melhora através do dar-lhe capacidade de voltar a sonhar, aquela estar apoiado na “verdade emocional” estudada por Bion e, considerada a partir das experiências vividas e aprendidas pelas próprias pacientes.

Possibilitando-as, através da verdade naquilo que ela é e se mostra, transitar e seguir a partir de suas existências impessoais, ou seja, sem ações que as castre e as impossibilite sonhar e se revelarem por suas verdades pessoais (Grotstein, 2010).

6.5.3 Subcategoria - Resultados reais: resgate de atividades/ cuidados diários, resgate de sensações corporais

Observa-se junto às pacientes que se encontram em reabilitação química resultados reais ocorrerem através de comportamentos físicos surgidos pelas atividades terapêuticas e, que, as despertam ao interesse de olharem para si mesmas, tendo como referência seus próprios corpos. Os quais, servindo-se como instrumentos sensoriais as estimulam olharem para o mundo externo que as afetando pelo toque, pelo sorriso, pela beleza, pela relação. Elas resgatam o envolvimento com o tempo presente em que estão vivendo e, deste modo, passando a sonhar, diminuindo suas ansiedades e entendendo-se a partir do que os seus corpos lhes mostram. Segue-se algumas frases que indicam isto:

“Eu não gostava de abraço de toques, as meninas aqui são muito... tem muito disso e... passei a gostar”; “... eu gosto de sentar ali fora e fica olhando... pro nada, olhando pras árvores, coisas que eu não fazia, não tinha esse tempo pra fazer isso, respirar, correr, era coisa que eu não fazia e eu to fazendo” (E1)

“... eu era uma pessoa calada, fechada, não conversava com família [...] eu achava que eu existia só naquele mundinho de drogas usar droga... hoje não”; “... estou voltando a ser a M.E. que eu era, comunicativa... brinco, já dou risadas...” (E2)

“Tá sendo muito boa, ta sendo muito boa...”; “... faz três dia que eu sinto uma dor no abdômen [...] essa dor eu falo que é falta do álcool” (E4)

“Eu percebo eu mais serena [...] Percebo a expectativa de acordar num dia e ter força de vontade para fazer as coisas... animo...” (E5)

“Muito! A hora passa que eu nem vejo. E é muito bom” (E6)

Rameh-de-Albuquerque (2020) disse que, o desenvolvimento do ser humano transita pela linguagem que fluiu a partir de suas emoções, proporcionando que surgisse por tal entrosamento a comunicação dada pela relação dele com o outro. Do mesmo modo esta foi se elaborando a partir da significação que aquela linguagem foi ganhando na relação, não sendo este ganho visto como um comportamento único e exclusivamente peculiar deste ou daquele, mas consensual.

Ao que Rameh-de-Albuquerque (2020, p. 138) falou sobre o aspecto consensual como sendo “emoções de conversação” num “agir leigo” e, que se infere sobre estas ações falarem da importância de um corpo físico para que tais ações possam existir e se aprimorarem em um momento de atuação extremamente primitiva e instintual do ser humano, contribuindo tal corpo diretamente àquela elaboração da linguagem verbal no próprio indivíduo que está na relação com o outro.

Nesse contexto, as ideias de McDougall (2013) podem contribuir com a compreensão sobre a existência de outras linguagens, não verbais, como meio importante de tratamento: “Há outras vias de comunicação além da linguagem” (p. 12).

Assim, é possível afirmar que o corpo pode ser uma via de comunicação não verbal de sintomas, bem como uma via para o alcance de melhorias junto aos pacientes em tratamento de drogadição. McDougall (2013) enfatizou a importância da relação psique-soma para o desenvolvimento emocional humano e, nesse sentido, notou-se que as pacientes em reabilitação química possuem dificuldades nessa relação.

Segundo a autora, “as ideias associadas a qualquer afeto conflituoso importante não eram recalçadas como nas neuroses, mas imediatamente apagadas do campo da consciência” (McDougall, 2013, p.10). Considerando que as ideias não pensadas podem gerar sintomas (Freud, 1925/1996/2006), muitos adultos tendo dificuldades de utilizar das palavras quando vivenciam emoções dolorosas, passam a usar o corpo para expressá-las uma vez que “as estruturas psíquicas mais antigas da criancinha articulam-se em torno de significantes não

verbais nos quais as funções corporais [...] desempenham papel preponderante” (Mcdougall, 2013, p.10).

Segundo Santos (2016), a subjetividade se apresenta pelo e no corpo ao mundo, ou seja, junto ao outro. Assim, resgatando conceitos lacanianos, o autor enfatiza a importância do corpo na formação do próprio eu do sujeito, a qual se dá pela própria imagem. A partir da ação escópica que apresenta àquele sujeito através do imaginário um eu que reflete a existência da sua subjetividade.

Santos (2016), afirmou que na perspectiva de Merleau-Ponty, o corpo não somente se encontra no que antecede à formação do eu, não somente revela este eu através de sua subjetividade, mas também está presente na história do sujeito, servindo-se de local de apresentação cênica dele no mundo.

Percebe-se, que o corpo como instrumento existente e factual das pacientes em reabilitação que passaram com ele por várias experiências (des) organizadas do mesmo modo poderão através dele compreender a relação que criaram com o objeto da drogadição. Isso pode ser possível uma vez que, por meio do corpo, pode-se atentar ao objeto droga como diferente delas, o identificando como transitório a partir de um ponto de referência do local em que seus corpos se encontram; local este que não fala tão somente do espaço externo, mas do corpo que é onde o sujeito se encontra inserido e é nele, deste modo, podendo pensar sobre esta relação (Santos, 2016).

Ao se falar sobre resgates de sensações corporais através das técnicas teatrais junto às pacientes em reabilitação química, pode-se inferir que a partir do corpo (re) descoberto possam elas se perceberem por suas próprias escutas e, com menor influência dadas pelas propostas do objeto-droga virem a pensar sobre a atual condição demonstrada pelo corpo destruído em que se veem. (Santos, 2016).

Pode-se inferir, então ser o seu corpo representação simbólica de extrema importância para o sujeito que, estando em reabilitação química e sofrendo intensa angústia pela falência que esteja sentindo, lutará com todas as forças “para diferenciar seu corpo e seu self (re) nascente do corpo e do self da mãe” (Mcdougall, 2013, p.35), ou seja, do outro.

Sendo assim, toda iniciativa terapêutica neste sentido proposta àquele sujeito, pode ser motivo e percebido por ele como um resgate de sensações acontecendo e, que, o estimula ao reajuste real a partir de seu próprio corpo que lhe dá referência do que é real nele (Santos, 2016).

6.5.4 Subcategoria - Modelos de tratamento

Percebe-se entre as pacientes grande interesse e interação com as terapêuticas propostas pela instituição que as acolhe. De modo que, aquiescendo às terapias tradicionais as quais tanto indicam tratamentos através de fármacos quanto pela transformação moral alcançada pela religião, por seus discursos apresentam ânimo. Elas, também se mostram abertas a atividades que perpassam desde a psicoterapia a dinâmicas em grupo, ou seja, demonstram interesse para participar de atividades alternativas ainda que não muito bem entendam como elas ajudam e o que pode ser compreendido como “terapia alternativa”.

“... eu conheci aqui na terapia... da constelação que eu me amarro. É um tratamento alternativo né?”; “Tem a religião né, que eles... a fé que eu vi também pode ser um tratamento alternativo, eu acho que...”; “... e conversar, desabafa com a psicóloga...” (E1)

“... eu tive a experiência lá em Paraiso de frequentar o CAPs né” (E2)

“Psicólogo, equipe multidisciplinar, acho que ainda é um pouco pobre, é... poderia ter ainda mais atividades”; “Mas de repente o tênis de mesa é muito legal, xadrez... eu procuro participar de tudo”; “Só a parte de religião que eu não... A maioria vai lá...” (E3)

“Ah, eu acho que é os remédio né, as conversa com as psicóloga que vem, as atividades, as história que eu escuto sobre as menina que aqui a gente escuta muito história...” (E4)

“... eu tava internada lá no HC [...] Aí eles me levaram lá pra baixo, lá no saguão... era uma clínica de louco...”; “... reparei as coisas estranhas [...] o corredor gelado, o corredor frio, os internados você vê que tava tudo passado de remédio...”; “(hoje) Procuro buscar Deus e manter distância das drogas...” (E5)

“... as atividades, os serviço que a gente faz aqui, cada um tem cada semana você faz atividades...”; “... cê levanta cedo tipo to lavando roupa, to lavando a louça... pra mim é uma terapia...” (E6)

Ao se falar de tratamentos terapêuticos à drogadição, é importante pontuar primeiramente marcadores históricos: o paradigma hospitalocêntrico foi um marco aos primeiros cuidados voltados à saúde mental e, que, inicia-se a partir da construção do “Hospital Geral”, por Luís XVI, alicerçado na ideia da dominação da razão sobre a loucura, porém não

pela opinião médica científica, mas através de critérios sociais determinados por instituições policiais, judiciais, familiares e religiosas, as quais não se fundamentavam no saber médico e, sim na “transgressão das leis da razão e da moralidade” (Teixeira et al., 2017, p.17).

Segundo (Foucault 1961/1972 como citado em Teixeira et al., 2017) o “Grande Enclausuramento”, como ele alcunhou, era dividido por quatro “legiões de proscritos”, sendo eles os que não faziam bom uso de seus corpos, como prostitutas, doentes venéreos etc.; os blasfemadores, ou seja, os considerados profanadores do sagrado, incluindo nestes os suicidas; os libertinos, os quais eram os que utilizando da liberdade de pensamento pudessem sugerir desvio de condutas por causa de desejos considerados mundanos; e, por fim, os próprios loucos que, em fato, eram desconsiderados de quaisquer valores como cidadão ou mesmo ser humano uma vez que pela ordem cartesiana vigente na época, aquele que pensasse não poderia ser louco vendo-se, portanto, o louco como aquele que não pensa (Teixeira et al., 2017).

Deste modo, (Foucault 1961/1972 como citado em Teixeira et al., 2017) afirmou que, com a chegada no século XVIII junto ao nascimento do Capitalismo, o “Grande Enclausuramento” teve que ceder à emergente necessidade de mãos de obra para as indústrias uma vez que, com a Revolução Industrial e problemas econômicos decorrentes desta não se olhava mais para aqueles chamados problemas da não razão como um obstáculo social, mas como solução para a mão de obra escassa. De modo que surgiu um novo critério para identificar os sujeitos problemas, os quais passaram a ser os “pobres válidos” – os que eram inseridos na mão de obra - e os “pobres doentes” e, o resultado destas reformas junto à saúde mental foi a construção e nascimento dos manicômios e, juntamente com eles os psiquiatras (Teixeira et al., 2017).

Assim, através do entendimento da gênese do processo hospitalar manicomial com finalidades específicas junto à saúde mental, no Brasil no século XXI surgiu pela lei 10.216 em 06 de abril de 2001 a Reforma Psiquiátrica motivada pela urgência de tratar os chamados “loucos” que viviam de forma medieval em grande parte dos hospitais espalhados pelo país, como cidadãos suficientes e apoiados nos direitos humanos (Brasil, 2001).

Contudo, ao se falar do manicômio como meio para se tratar a adicção, observado o funcionamento dado pelos antigos manicômios com funções específicas de tratar o “doente mental”, a partir da década de 1970 com o alcoolismo atingindo alto índice de consumo no Brasil, abrem aqueles as portas para internação e tratamento ao álcool com base no hospitalocentrismo, o qual tem como finalidade curar o sujeito adicto por meio de fármacos. (Vasconcelos et al., 2018).

Amplia-se, nesta mesma época, as internações de pessoas que faziam uso abusivo de drogas ilícitas, mantendo-se como perspectiva de tratamento medicações para atingirem o propósito da cura através da abstinência (Vasconcelos et al., 2018). Esta ideia não se limitou aos hospitais, pois foi também introduzida nas Comunidades Terapêuticas (CTs), as quais agregaram atividades de moralização religiosa embasada na mesma intenção de curar como tratamento aos dependentes químicos, problematizando com isto os pacientes enquanto no sentimento de culpa que passavam a desenvolver diante das rígidas regras exigidas e nas quais sempre fracassavam, reforçando a ideia do viverem em pecado e punição Vasconcelos et al., 2018).

Rameh-de-Albuquerque (2020) disse que, estão ancorados nas “matrizes disciplinares” “proibicionista/abstinência”, os modelos moral, religioso, criminal, jurídico, medicamentoso/biomédico e manicomial, ou seja, atividades embasadas em conceitos arcaicos. Nesse contexto, importante notar ainda que as CTs eram meios paliativos de auxiliarem àqueles que sendo pobres e não tendo vínculos empregatícios, eram obrigados a procurar como instituições alternativas de cuidados para com a drogadição que viviam (Vasconcelos et al., 2018).

Assim, com a grande demanda de dependentes químicos que se deu a partir do alto consumo de drogas no Brasil, o que estimulou a construção de CTs no país, a ANVISA através da resolução nº 101 de 2001, que considera a Lei nº 6.368/76 em seu Cap. II, passou a regulamentar a forma de tratamento e recuperação para com as pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Esta regulamentação procura definir funções, setores e profissionais necessários para com um bom andamento da reabilitação da drogadição em espaços extra-hospitalares, assim como definir posicionamento interdisciplinar entre os tratamentos existentes, levando em consideração o paciente acima dos preconceitos criados por este ou aquele viés que se proponha atuar junto ao sujeito usuário de SPA (Anvisa, 2001).

De modo que a Portaria nº 2.197 de 2004 implantada pelo Ministério da Saúde do Brasil com atenção aos usuários de álcool e drogas, em seu parágrafo 4º inciso I determina acolhimento, atenção integral (práticas terapêuticas / preventivas / de promoção de saúde / educativas / de reabilitação psicossocial) e estímulo à sua integração social e familiar (MS, 2004)

Percebe-se mecanismos terapêuticos alternativos serem introduzidos nas instituições que cuidam dos usuários de álcool e drogas, dando oportunidade para que a arte/teatro, como afirmou Fazzio (2019), produza efeitos simbólicos e representativos ao sujeito que busca se reconectar consigo a partir da possibilidade do novo que se revele a ele pela expressão artística.

Fazzio (2019) através de seu viés psicanalítico e teatral, estudou sobre a experiência do encontro no teatro, o qual ocorre através de subjetividades que na relação trazem os seus saberes compartilhados e, do mesmo modo participados ao outro sujeito que escuta, o que, se torna a transferência clínica do processo psicanalítico vivo, enquanto no jogo cênico.

De modo que o saber (experiências) que está no sujeito e se projeta a partir do corpo passa a transmitir, contando e recontando novamente e, se conectando pelo afeto que este corpo representa e o faz se representar por aquele simbólico que o outro desperta nele, mesmo quando este sujeito não pensava possuir, pois aquele se encontrava velado (Fazzio, 2019).

Santos (Puppi, 2020) sobre seu trabalho teatral efetuado junto ao CAPs ad, afirmou ser a mediação artística teatral dinâmica que resgata do indivíduo potencialidades, capacitando o sujeito para alterar e organizar o seu psiquismo e, que, produz efeitos tanto à imaginação e ao sentido quanto ao pensamento e à vontade.

Segundo Fazzio (2019):

Avançar na análise dos corpos, compreendendo como os sujeitos são afetados, como produzem e como estão implicados nas relações subjetivas, é também analisar o corpo em sua perspectiva política. Corpos expressam a estrutura social e, por isso, não há política sem corpo: Pois um corpo é uma maneira de experimentar o tempo (p. 140).

6.5.5 Subcategoria – Recaídas

O título dessa subcategoria denuncia o que ocorre junto à realidade das pacientes em reabilitação química. Uma vez que a recaída é observada pelas entrevistas como um movimento de desestrutura emocional recorrente, colocando-as em contínua atividade de repetição com a droga, seja de modo interno pela contumaz vontade por ela, assim como externo enquanto na relação direta com a substância psicoativa.

“Ansiedade pelo uso, vontade... porque o corpo ele, ele... até ele eliminar a toxina da droga ele pede pra droga...”. *“... ultimamente eu ando sonhando muito com o uso da, da, da,*

da droga...”; “... como tratar uma recaída, como pra não recair, fazer exercício, fazer exercício pra memória, fazer educação física, fazer coisas físicas para o corpo...” (E2)

“Aí eu conheci a S... ficamos bem, ela me disse que gostava e tudo, mas aí eu já recaí...”; “Eu tive duas internações [...]”; “Porque muito gente que vem fica um tempo [...] pra comer, ficar forte... ganhar aquilo depois volta pra rua [...] sai daqui pra biqueira” (E3)

“... teve uma hora que eu quis até ir embora. Fazia uns três dias [...] me deu abstinência...” (E4)

“Há sete anos atrás eu tive lá em Jesus em Damasco [...] Era um sanatório Psiquiátrico” (E5)

Freud (1913/1996/2006) em seu texto “recordar, repetir e elaborar”, ele faz certa observação que acredita-se importante ser citada para se refletir sobre pacientes que estejam em recaídas recorrentes junto a tratamentos de reabilitação, procurando forçar-se e do mesmo modo reforçados a buscarem pelo esquecimento ou não pensarem sobre: “Esquecer impressões, cenas ou experiências quase sempre se reduz a interceptá-las” (p. 164).

O que se pode inferir sobre este sujeito extremamente repressor sobreviver através de um falso self criado, frente ao que lhe é insuportável ver e aceitar por aquilo que a sua realidade o mostra e cobra, passando a restringir vinculação com quaisquer pensamentos que o acuse ou o faça lembrar daquilo que lhe é pavoroso (Freud, 1913/1996/2006).

Freud (1913/1996/2006) ainda pontuou que, mesmo que o indivíduo tente por meio de seu falso self continuar vivendo, procurando ignorar suas lembranças que o aterrorizam, ainda assim ele as reproduzirá como ação, porém sem que saiba estar repetindo, ou seja, de modo concreto e não pensado.

Nota-se importante ressaltar a opinião de (Bion como citado em Grotstein, 2010) quando diz, que todo fracasso da função a no sujeito, ou seja, de sua incapacidade de dar atenção para pensar, isto gera nele dificuldade de sonhar para criar experiências que o possa ensinar; sendo que qualquer ataque àquela função falará sobre ódio ou inveja do próprio sujeito.

Percebe-se, a necessidade da intervenção junto ao acolhimento às pacientes com intenção de contribuir para que haja envolvimento delas para com um ambiente que as resgate do sentimento de aniquilamento ao qual se sentem entregues e perseguidas e, que, as faz intensamente destrutivas enquanto na inveja do que não possuem (Klein, 1974), passando a se sentirem desintegradas (Winnicott, 2012).

Entretanto, ao se pensar em recaída identificamos o termo a partir da Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz ser “um retorno a beber ou usar outras drogas depois de um período, de abstinência, muitas vezes acompanhada de reintegração de sintomas de dependência” (WHO, 2015).

Rameh-de-Albuquerque (2020) disse sobre o fenômeno recaída de SPA ser uma difícil realidade que tem problematizado a confiança sobre condutas de tratamento junto aos dependentes químicos, assim como intrigado e deixado desconfortável profissionais tanto quanto familiares envolvidos no processo de reabilitação dos usuários, entretanto, ao se referir ao crack diz a pesquisadora que “mais do que a presença de um sentimento negativo, a ausência de um sentimento positivo funciona como um preditor de recaída” (p. 42).

Rameh-de-Albuquerque (2020, p. 43) afirmou que “fatores próprios do indivíduo, assim como outros ligados ao tratamento e à dependência parecem ser determinantes da recaída” afirmando, ainda, que o intenso prazer que causa a droga ao usuário, assim como a duvidosa qualificação do profissional cuidador, os escassos serviços e a pouca sensibilização daqueles cuidadores contribuem para com o abandono do dependente químico ao tratamento, causando a recaída (Rameh-de-Albuquerque, 2020).

Buriola et al., (2018, p. 03) disse, a respeito:

Determinantes interpessoais são influências marcadas pelo contexto ao qual o indivíduo está inserido, seja em seu âmbito familiar, afetivo ou social. Ter a capacidade de identificar esses fatores de risco, e compreender sua inabilidade em lidar com os mesmos, poderá melhorar suas habilidades e estratégias no enfrentamento e/ou antecipação de comportamentos de recaída. Determinantes intrapessoais são aqueles que se relacionam com as expectativas de resultados, à autoeficácia, enfrentamento, motivação, fissura e estados emocionais. Faz-se necessário ressaltar que tanto os determinantes interpessoais quanto os intrapessoais, por vezes, associam-se uns com os outros no contexto do processo de recaída de dependentes químicos.

Assim, ao olhar para a recaída das dependentes químicas como um problema de efeito gerado pelo álcool e drogas, observa-se a redução de danos surgir como necessidade premente junto às comunidades mundiais, tendo sua primeira manifestação ocorrida no início do século passado com a I Conferência Internacional do Ópio, que aconteceu em Haia em 1912, pelo viés proibicionista (Gomes & Vecchia, 2018).

No entanto, com o fracasso de tais iniciativas decorrentes deste primeiro encontro proibicionista por causa do tráfico de drogas que mundialmente aumentava inclusive, após aprovação da Convenção Única sobre Entorpecentes ocorrida nos EUA (ONU) datada em 1961. Somente em 1980 com o surgimento da Aids e sua preocupante proliferação no mundo é que

se dá maior atenção à redução de danos com olhar antiproibicionista, havendo políticas públicas que firmaram doações de seringas aos usuários de drogas que facilmente se contagiavam com a participação de agulhas que se reutilizavam entre eles. Deste modo, se estenderam mais tarde não somente a doação de seringas, mas doses reguladas de cocaínas e heroínas para sujeitos com alto índice de dependência química, aplicadas estas por médicos oficiais, assim como passando-se oferecer tratamentos para desintoxicação (Gomes & Vecchia, 2018).

No Brasil a iniciativa de Redução de danos (RD) se firma no ano de 2003, com a implementação do Ministério da Saúde junto ao SUS com a política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, juntamente com serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como estratégia o direito de cidadania a estes sujeitos, considerando sua complexidade e singularidade (Gomes & Vecchia, 2018).

Por meio da RD, portanto, decide-se por repudiar:

[...] o abandono e a discriminação de pessoas que vivem problemas por fazerem uso de álcool e outras drogas, que passaram ou passam por fracassos quanto à impossibilidade de abstinência imediata, ou que ainda não se vêm em condições de aderir a um tratamento. [...] Nota-se que a RD vem desfrutando de indiscutível consolidação, o que se reflete na produção de aportes teóricos e na divulgação de inovações no âmbito técnico-assistencial e de gestão (Gomes & Vecchia, 2018, p. 2329).

Trabalhar na orientação de RD há uma escuta junto aos limites e possibilidades de inclusão junto à reflexão e intervenção e, mesmo nas contradições do sujeito inserido na sua própria escolha como usuário, convidando o profissional a aceitar aquele que até ele vem em busca de acolhimento sem críticas sobre suas escolhas, trabalhando contra a estigmatização do dependente químico (Rameh-de-Albuquerque, 2020).

6.6. Categoria - Relação mente, corpo e Autoimagem

Nesta categoria observa-se existir na relação entre mente e corpo elementos importantes como o resgate de cuidados básicos de higiene e estética que refletem sinais de melhora/recuperação; assim como em relação à Autoimagem e Autoestima, em que se destacou um conflito entre o querer se notar em sua totalidade e o não gostar do que vê em si. Há um

esforço para o alcance de uma imagem corporal mais satisfatória e imposta pela sociedade para se sentirem amadas e, concomitantemente, em terem que lidar com o cansaço e sentimento de fracasso, com a incapacidade de se perceber por si mesma, insatisfação no que vê como resultado de sua intensa e destrutiva vida, assim como se ver e olhar-se com muita dúvida. Abaixo, se observam frase ilustrativas:

Segue-se abaixo frases ilustrativas:

“Fisicamente, me sinto que estou um pouco fora, mas to buscando melhora, também disso. Por causa do peso, mas eu to melhorando, to fazendo os exercícios, acho que é isso”; “... eu gosto muito do meu cabelo, gosto muito de cuidar do meu cabelo, gosto muito de fazer exercício, é [...] gosto de passar creme, gosto dessas coisas” (E1)

“O meu corpo pesado. Porque eu engordei setenta quilos, de cinquenta para setenta quilos. Eu engordei vinte quilos”; “sentimentos... melhor hoje que no passado”; “Sim, higiene pessoal, sempre correto, certo” (E2)

“Fisicamente eu to me sentindo muito bem. Porque eu tava muito magra, assim eu sou bariátrica [...] ta sobrando um pouquinho.”; “Então, agora eu gosto muito de exercício físico, então to treinando todo dia”; “Sim, tem feito exercício físico, uso cremes específicos para as partes do corpo, é... alimentação, to me cuidando bastante” (E3)

“... que nem uma pessoa falou pra mim: nossa cê tem cinquenta ano, pela sua aparência você parece se tão mais velha. Aí a gente fica, sabe... magoada” (E4)

“Ah, cansada. Cansada, né. Uai, já tá velho, já tá desgastada”; “Eu fico triste. Triste perto da minha aparência antes, eu me vejo hoje, né” (E5)

“Ah, eu me acho, me acho... eu não gostava de nem me olhar no espelho. Acho que estou melhorando”; “sim, cuidado [...] principalmente tomar banho, rapar um braço, fazer uma unha, ter higiene na vagina que é o principal, lavar minhas calcinhas, guardar roupa arrumada, essas coisas”; “Eu me acho bonita, eu... bem...” (E6)

O corpo indicou se constituir como referência concreta do que experimentam as pacientes de modo subjetivo, contendo deformidades e interferências causadas por este subjetivo em que se construíram, se fundamentaram e se dispersaram. Nesse contexto, notou-se com Freud (1905/1996/2006) em seu estudo sobre a histeria que, através da interpretação dos sonhos, por aquele corpo que se manifestava retorcido, contraído ou até mesmo falido, ele

denunciou existir “relações tecidas entre um sintoma da doença e uma ideia patogênica” (p. 26) demonstrando, portanto, haver na apresentação manifestada por aquele corpo sintomático, a sugestão de uma ideia que não pensada fazia expurgar-se por meio da concretude física histriônica, revelando certa patologia.

Falando, ainda sobre histeria para entendimento da importância do corpo na significação do que ocorre simbolicamente na mente do sujeito patológico, vê-se Freud (1905/1996/2006) dizer sobre o deslocamento que existe pela inversão do afeto que, não interpretado ou aceito pela paciente que se encontra cindida, procurará ela fugir da tensão insuportável por não admitir poder viver aquilo que a esteja afetando e produzindo fantasias com o objeto proibido.

Segundo Freud (1905/1996/2006), o sujeito vivendo em intensas pulsões instituais e libidinais geradas pelo inconsciente que constantemente entra em incursões, o estimula a figuras e ideias não pensadas a partir de lembranças que poderão pelo sujeito serem interceptadas (Freud, 1913/1996/2006). Assim como Klein (1981) disse que, sobre a negação ela surge como efeito da onipotência do bebê, que fragilizado precisa se proteger das pulsões inconscientes que são vividas no sujeito diante do mundo externo que, o impactando gera a pulsão de morte pelo temor do aniquilamento que a ele parece premente e, ao qual precisa agir para manter-se vivo (Klein, 1981). É possível, também associar tais ideias com (Bion como citado em Grotstein, 2010, p.143), o qual me faz olhar para o inconsciente latente como a “sede essencial da incerteza infinita, inefável, que ele designa como O, seu sinal arbitrário, não saturado para a “Verdade Absoluta sobre a Realidade Última”, o indicando como recurso transformador do concreto ao abstrato, ou seja, da figura ou ideia não pensada ao pensamento a partir da função a que o ajuda a recrutar e combinar “elementos do inconsciente não reprimido, como concepções inerentes, arquétipos, númenos” (p. 144).

Ao falar sobre os elementos do inconsciente não reprimido, tanto quanto da “Verdade Absoluta sobre a Realidade Última” de Bion, é relevante considerar as ideias de Winnicott (2019, p. 91) em seu texto “O brincar: atividade criativa e a busca do self”, que diz:

[...] é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto têm liberdade para ser criativos. Essa consideração surge em minha mente como evolução do conceito de fenômenos transicionais e leva em conta a parte difícil de minha teoria dos objetos transicionais, que é a existência de um paradoxo que deve ser aceito, tolerado e não resolvido.

Paradoxo este, que se infere poder dizer sobre aquela “circunstância bruta [O]” que por si não responde ao conhecimento absoluto, porém que coloca o sujeito no movimento contínuo do “sendo” junto a sua verdade que é e, que, por si o impulsiona a seguir com criatividade em busca do seu *self* (Grotstein, 2010; Winnicott, 2019).

Lecoq (2010, p. 45), mestre de teatro, falando do corpo ao ator em busca da sua verdade, corrobora o que dizem Bion e Winnicott, quando disse: - “Num processo de criação, o objeto criado não mais pertence a seu criador. O objetivo é realizar o ato de criação: dar um fruto que se desprende da árvore!”.

O movimento proposto pelo O de Bion (1965), tanto quanto o não resolvido de Winnicott ligados aos fenômenos transicionais, podem ser associados ao corpo teatral de Lecoq (2010), o qual propõe ao sujeito do mesmo modo ser criativo junto ao seu corpo e a partir dele, a fim de que haja a reinterpretação e, deste modo, a improvisação através do que há nele para brincar.

Lecoq (2010, p. 50) disse ainda, que “o movimento não é um percurso, é uma dinâmica”, convidando o sujeito a se ater ao ritmo que se dá pelo seu corpo a partir do que está sendo sentido ou percebido por ele como diálogo transformador que propõe ao outro, ou seja, ao seu coadjuvante; o que poderá ser notado como aquele mesmo ato de criar dinâmico de Winnicott e de Bion, ou seja, brincar <—> sendo = criatividade = verdade.

Ao se perceber a autoimagem construída pelas pacientes a partir de corpos que representam sinais e caminhos de recuperação, a partir do destruído por elas mesmas, nota-se manterem a sobrevivência por um fazer criativo que as posicionam depressivamente, o que as imputam do mesmo modo a um processo de autossustentação. Foi possível perceber uma ideia onipotente envolvido neste processo, com a qual pensam se proteger de qualquer aniquilamento imaginário possível.

Segundo Freud, um bebê vive na emoção a caminho do desenvolvimento intelectual, sendo estimulado pelas percepções sensoriais conscientes, sensações e sentimentos. Em contrapartida, estes geram certo temor diante do concreto, universal e contraditório que se mostram para o bebê pela sua percepção e, que, o faz se perceber na relação com outro. Assim, o bebê, descobre ter que fazer algo para o outro, para assim poder receber algum afeto que o ajude sobreviver, junto ao insuportável desprazer enfrenta, a fim de não sucumbir (Freud, 1925/1996/2006).

Observa-se haver desde a mais tenra idade, sensações e sentimentos de desprazer e prazer atuarem de modo imperativo sobre o sujeito, assim como entre eles. É possível que o sujeito se satisfaça com o prazer que surgiu pelo desprazer vigente em sua vida, tanto quanto pelo que se apresenta como consequência daquele prazer que não mais sendo satisfatório transformar-se-á em desprazer ao sujeito, o qual terá que buscar por um novo prazer a fim de baixar a excitação, que o provocaria grande desgaste causado pelo próprio desprazer (Freud, 1922/1996/2006).

Esta dinâmica desprazer/prazer pode se tornar perigosa e, pela influência de instintos de autopreservação, ocorre a troca do princípio de prazer pelo do princípio da realidade. Assim, o bebê cria estratégias que o faça manter-se tolerante no próprio desprazer, a fim de encontrar-se com o prazer tão desejado de modo consciente e amadurecido e, portanto, por um percurso mais longo de espera (Freud, 1922/1996/2006).

Neste ponto, considerando os dados colhidos nas entrevistas, as mulheres indicaram intenso conflito gerado pela intolerância ao contínuo desprazer que, tanto ocorre por pressão interna dos instintos insatisfeitos, quanto pelo mundo externo que as diz existir grande perigo, produzindo a elas insuportável frustração (Freud, 1922/1996/2006): - *“Não gosto muito de ficar me olhando no espelho”* (E5).

Essas pacientes, não conseguindo conviver ou sobreviverem à frustração, geram um mecanismo de onipotência pela intolerância à possibilidade de viverem a depressão, criando uma teia de justificativas a si mesmas e, passando a se sentirem perseguidas por elas, uma vez que tais justificativas se tornam significativas (Bion, 1965 como citado em Grotstein, 2010): - *“Não me sinto bem saindo de casa. As pessoas fica me vendo... sabe”* (E4).

É possível associar tais ideias com o teatro, em relação às construções dos personagens que as pacientes apresentam a partir de fantasias primitivas que se observa existirem nelas, quando de seus discursos pelos quais se mostram “rígidas” (Steiner, 1997) ou destruídas: - *“... eu me acho, sabe uma pessoa feia sabe...”*; *“Falhei muitas coisas e as coisas que eu falhei não tem mais conserto...”* (E4); ou, mesmo quando demonstram-se pela consolidação de uma autoimagem que surja pelo externo sem apropriação, em fato, de se darem atenção ao que sentem para pensar e apreender. Ou seja, não mais introjetarem pelo muito que se sentem violentadas e invadidas, ou, mesmo como algo que diz respeito a introjeção do devastado e destruído sem conseguirem projetar (Klein et al., 1986), revelando não conseguirem deprimir para sobreviver às frustrações de seus desprazeres.

Lecoq (2010, p. 59) dirá que, “Por meio da reinterpretação psicológica silenciosa, abordamos a improvisação”, convidando ao ator permitir-se por este silêncio encontrado em si agir em processo de construção sadia e produtiva de seu personagem, conversando isto com a necessidade de o sujeito se dar ao tempo de depressão, para criar com verdade (Winicott, 2019).

Lecoq (2010, p. 116), ainda disse em relação à necessidade do ator junto ao ato criativo e eficiente, que o instigue sobreviver para improvisar, a partir daquele silêncio: - “Quem recebe a bofetada, ou cujos cabelos são puxados por alguém, conduz o jogo [...]. Confirma-se aqui uma lei essencial do teatro, já observada: a reação cria a ação!”.

Através do seu teatro expressado a partir do corpo que fala, enquanto das reações que criam ações no sujeito, Lecoq (2010) defendeu, sua importância como resgate daquele primitivo:

[...] quando da criança saindo em parafuso do corpo da mãe; antes de se arrastar ou de caminhar, seus primeiros contatos com o chão se dão a partir de um movimento de cabeça que a impulsiona em cambalhota lateral. Meu objetivo consiste em fazer o ator reencontrar essa liberdade de movimento, predominantemente na criança antes que a vida social lhe imponha outros comportamentos, mais convenientes (p. 115).

Ao que se percebe, a reação sendo ato criador da ação, do mesmo modo a ação poder dizer sobre o ato criativo, criado na reação e, conseqüentemente gerando esta. Isto pode estar associado com as ideias bionianas (Grotstein, 2010), quando do seu dizer o sujeito transitar não de uma posição a outra somente, ou seja, do P-S <-> D, mas ele viver em contínuo movimento de transições dadas pelas posições, não existindo um ponto de desequilíbrio ao equilíbrio. Porém, estimulando o paciente entender que o equilíbrio se encontra no desequilíbrio, o qual, a gerando desprazer, o convida a sobreviver naquele silêncio criativo, a fim de encontrar sua ação verdadeira a partir do que sendo, se revela e o convida improvisar junto à vida, assim como ocorre no teatro.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ENCONTROS GRUPAIS

A aplicação das dinâmicas teatrais junto às seis pacientes em reabilitação química, tem como proposta utilizar o corpo como instrumento de expressão de fenômenos psicológicos e emocionais, que foram compreendidos à luz da Psicanálise inglesa. Buscou-se assim, analisar possíveis fenômenos ou movimentos psicodinâmicos que surgiram durante o jogo teatral,

construindo uma reflexão a partir da articulação teórico-prática de cada sessão grupal, intituladas O despertar para o nascimento; No descobrir pelo caminhar; No encontro por seu andar; Do andar à improvisação; Na relação; Ping-Pong sem raquete, expostas a seguir.

Tabela 2 - ENCONTROS GRUPAIS: dinâmica teatral + debate

	Títulos	Objetivos	Instruções	Resultados
7.1.	O despertar para o nascimento	Observar como os participantes se manifesta na relação íntima a partir do sentir no seu corpo.	Ficarem em silêncio, em estado parado do corpo, deitado no chão em posição de feto. Em seguida, movimentarem partes do corpo representando o seu nascimento, sendo o exercício finalizado quando atingirem a posição corporal ereta e de pé.	Dificuldade no enfrentamento do silêncio, constrangimento e incômodo no início. Manifestação de comportamento regressivos (chupou dedo), ansiedade e refúgio associados a posição fetal. Sentimentos ruins (despreparo) ligados ao nascimento.
7.2.	No descobrir pelo caminhar	Observar a relação emocional do participante com o seu eu.	Sugere-se aos participantes posicionarem o corpo em pé (torcido ou dobrado), em silêncio, para em seguida caminharem.	Desconforto e busca imediata pela comodidade material. Associação do caminhar e posição ereta do corpo a uma sensação de bem-estar, alívio, liberdade e normalidade. Dores físicas emergentes. Dificuldade de simbolização, de sorrir.
7.3.	No encontro por seu andar	Observar como os voluntários se percebem em seu ter que caminhar.	Solicitou-se às pacientes estarem de pé em posição ereta, que encontrassem seu andar, se percebessem por sua respiração através de seu corpo em movimento e, que, não esbarrassem com o corpo da outra participante.	Intensa pulsão de autopreservação e necessidade de autoafirmação, recorrendo a manifestações de falso-self. Descrição mais detalhada das sensações físicas, relacionando-as a sentimentos. quietação e ansiedade egóica iniciais.
7.4.	Do andar à improvisação	Observar possíveis recursos e a manifestação de conteúdos superegóticos, frente à tarefa, obstáculo e/ou possível frustração.	As pacientes foram convidadas a ficarem em círculo, a criarem uma persona e irem uma a uma até certo obstáculo (cadeira), colocado previamente no centro	Demasiada indulgência, a qual as dificultaram criar. Não integração na relação, autocobrança gerada por uma ideia persecutória sádica, com manifestação de intensa agressividade.

			do círculo, para improvisarem com ele.	
7.5.	Na relação	Observar possíveis forças e/ou fraquezas do ego na relação com o outro.	Foi proposto às participantes ficarem em um círculo, atentarem-se ao silêncio, às sensações, à respiração, a fim de irem até o centro para improvisar, no encontro com o outro.	Fantasias persecutórias ligadas à castração e/ou aniquilamento. Inibição percebida pela ação compulsória vivida pelo excesso libidinal. Tentativa de reconstrução de luto através de afeto positivo.
7.6.	Ping-pong sem raquete	Conhecer as percepções dos participantes sobre os principais sentimentos e pensamentos emergidos durante os encontros.	Neste último encontro foi proposto às participantes abrirem uma roda de debate, o iniciando com a eleição de critérios sobre o experienciado pelas atividades, com os quais todas envolvidas pudessem avaliá-los.	Houve tentativa de recriar objetos (corpos) através de pensamentos mágicos e/ou fantasias.

7.1. Encontro 1:

O primeiro encontro teve como tema “O despertar para o nascimento” e como objetivo observar como os participantes se manifestam emocionalmente ao sentir-se através do seu corpo, na busca pelo seu nascimento. Para sua execução, foram dadas orientações como:

Deitarem-se no chão em posição fetal, até atingirem o silêncio. Solicitou-se que as 6 participantes se concentrassem no ato de estarem em contato com o seu próprio corpo. Deixando-se atingir internamente por sensação qualquer que as conduzisse àquele silêncio durante o tempo que precisassem. Ao atingirem aquele estar presente consigo mesmas, se permitiriam romper com aquela posição em busca de outra posição através do movimento físico ou corporal natural, proposto pelo momento que as impeliriam “nascer” a um novo momento delas mesmas. Entretanto, ao se deixar levar por aquele movimento, importante seria percebê-lo onde ele as estaria levando e, o que sentiam ao ser conduzidas àquele lugar. No término do seu experimento, voltariam àquele silêncio (estar presente) do início do exercício, contudo, agora na posição de pé.

Em termos práticos, como mencionado acima, nesse encontro participaram 6 mulheres ao todo. Houve 3 participantes que indicaram muita dificuldade de manterem-se na posição

fetal, demonstrando resistência e intensa angústia em se posicionarem em um local que se mostrou simbólico e significativo para elas, fazendo de tudo para não ficarem ali.

De início, E1 não dava atenção a relação dela com o interno que parecia incomodá-la, mas com o externo se distraía facilmente. Já E4 mostrou-se incomodada junto à posição fetal, preferindo a postura de ficar deitada sobre os joelhos. E6, por sua vez, revelou extrema ansiedade, apresentando impaciência de se manter naquele lugar íntimo.

McDougall (2013) afirmou sobre experiências afetivas que incidem como conflitos psicossomáticos muito comuns em adictos, os quais eliminam qualquer vínculo com sentimentos que os coloque junto a experiências desastrosas ocorridas no início de certa emoção intensa, portanto, não reconhecida e não elaborada psicologicamente.

Aproximadamente vinte minutos após o início do experimento prático, as outras 3 participantes (E2, E3 e E5) apresentaram-se na posição fetal sugerida como posição inicial para o jogo, sendo que a E2 sentindo o seu corpo, tanto em contato quanto aparentemente se sentindo tocada e acolhida pelo chão de forma a apresentar um estado de reclusão, não demonstrou querer sair daquele momento ou de romper com aquele instante. Pode-se sugerir aquela posição ser um local de desconexão, ou como disse Ogden (1996), se tratar de uma “posição autista”, de um estado imergente a uma posição anterior ao desenvolvimento do “eu”. Essa posição fez com que a participante E2, de modo geral, se movimentasse mais primitivamente, como um movimento regressivo, sugerido por Ogden (1996), através de sensações da superfície da pele.

E5 ficou com o corpo encurvado e torcido, posicionada bem rente ao canto na parede da sala; E3, além de estar com o seu corpo em posição fetal junto ao chão e com um dos braços entre as pernas, ficou parte do tempo com o dedo na boca, chupando-o. A este respeito Winnicott (2019) dirá que a ação do chupar o polegar sugere sobre a área intermediária de experiência que indica “os fenômenos transicionais”, entretanto, ele acrescenta que sugar o polegar, assim como o contato dos outros dedos da participante E3 que se encontravam entre suas coxas por si não dizem sobre os “fenômenos transicionais” propriamente dito, mas através destes objetos (dedos e posições deles) o fenômeno pode indicar o conflito, assim sugerindo conflitos existentes tanto na área oral quanto na área genital. Ou seja, conflito entre a necessidade de “se alimentar”, assim como de se proteger através do sadismo que no caso de E3 pode sugerir masoquismo (Freud, 1905/1996/2006).

Tais afirmações corroboram com a compulsão que ela tem por comida, ao que Bion (1991) disse sobre o medo do sujeito passar fome causado pelo ódio, o qual reflete à ambivalência – amor e ódio –, por “pavor à morte e, por inanição compele ao reinício da sucção” (p.30).

Infere-se que, tanto a participante E5 quanto a E3 se posicionaram de modo que elucidavam estarem em um lugar de extrema angústia, entre o imaginário e o real. Steiner (1997) denominou de “refúgio” marcado por certa rigidez à qual diz que, o paciente firmando-se no aprisionamento criado pelo refúgio, sente-se protegido por sua (des) organização patológica que o estagna mais em seu pensamento concreto, ressurgindo apenas raramente, com fim de lutar contra as ansiedades geradas pela posição depressiva quanto pela posição esquizoparanóide.

Notou-se, certa dificuldade de mudança desta posição para uma nova posição que representasse o nascimento, o que pode ser compreendido como medo de terem que entrar em contato com a vida através desse nascer, pois isso as fariam ter que enfrentarem a realidade que conhecem de si mesmas.

Após o término na atividade, ocorreu o debate e/ou discussão em grupo da experiência teatral, com o objetivo de que as participantes pudessem verbalizar as emoções, os pensamentos e demais conteúdos despertados em cada uma durante o jogo teatral. Alguns relatos sinalizaram sentimento como incomodo e angústia:

“eu não consegui este silêncio... eu dormi...”; *“... despertei com tosse e não consegui voltar mais...”* (E6)

“...como se estivesse mesmo no ventre da minha mãe, tava apertado... eu queria levantar, sair daquela posição.... ficou incomodando... sou ansiosa... só queria sair daquela posição” (E1)

A partir dos relatos do debate, pode-se inferir que E6 e E1 viveram intimamente fatos indigestos, que indicam falta de poder de abstração dados por pensamentos concretos, associados estes à intolerância que não as permite viverem a depressão, ou seja, enfrentarem a frustração gerada por aquela posição angustiante; negando, assim sentimentos de esperança e espera que as impeliriam desenvolver e consolidar ações de função-alfa (Bion, 1991; Grotstein, 2010).

Percebe-se pelo discurso de E3 – *“eu to passando por um sentimento triste... falecimento da minha mãe né. Então, eu realmente interiorizei... eu voltei para o útero da minha mãe... Precisava viver aquele momento, mas eu tinha que sair... eu queria continuar..., mas uma hora vou ter que sair do ventre, do casulo, do luto...”* que apresenta um retroagir como tentativa de reinterpretação de seu luto, ao que Freud (1916/1996/2006, p. 251) dirá, que o sujeito precisará resolver “o que ele perdeu nesse alguém” e, que, pela assertiva de Klein (1981, p. 366) ele ao se revisitar passa a sentir intenso sentimento de ódio ao id, o qual gera a “ansiedade

do ego de ser arrastado pelo id, destruindo assim o objeto amado”, provocando em si “dor, sentimento de culpa e o desespero que formam a base da tristeza” (Klein, 1981, p.366), aliás, objeto este que é sentido pela paciente como a mãe morta que há introjetada nela.

Ressaltou durante o debate, o relato de E5:

“Ah, eu me senti me aconchegando, como se eu tivesse no ventre da minha mãe, mesmo. Acho que eu não tava nem preparada para nascer (Fala essa frase com voz infantil). Eu tive que nascer, foi gostoso o silêncio... sumiu os problema todos que tava na cabeça... foi isso!” (E5)

Nota-se que a dinâmica teatral possibilitou a essa participante o resgate da relação com a figura materna introjetada, bem como o contato íntimo consigo mesma, como um bebê. Os sentimentos despertados mostraram-se ambivalentes. Por um lado, o aconchego do ventre da mãe e, por outro, a concepção de um “bebê prematuro”, despreparado para nascer. Aqui, pode-se inferir a ambivalência afetiva também dirigida à figura materna, inicialmente vista como uma mãe suficientemente boa, capaz de carregar de modo aconchegante o bebê, em seguida de uma mãe que falha e o faz nascer, mesmo que precocemente (Winnicott, 2012).

O nascimento que parecia ser assustador de início, foi relatado logo em seguida de forma positiva. Destaca-se nesse ponto que a passagem e/ou transformação de um sentimento negativo para o seu oposto (positivo), sem nenhuma explicação ou processo de elaboração, mostrou ser um dinamismo muito presente. Pode-se inferir que este é resultante de mecanismos de defesa mobilizados por intensa angústia, o que indica dificuldade em lidar com angústias depressivas associadas a objetos maus interiorizados. Assim, ao invés de experimentá-las, busca-se evitá-las em prol de um sentimento de proteção. Trata-se, porém, de uma falsa proteção, uma vez que estes tornam-se a base de ansiedade psicótica, paranoica, assim como de processos obsessivos (Azevedo, 2021).

Lecoq (2010) propôs o nascimento do ator enquanto palavra, se dar pela reinterpretação psicológica que surge do silêncio que antecede à palavra. Indicando, assim, aquele nascimento ser sugerido e instigado pelo corpo a partir do sentido que ele propõe ao ator através da via do não discurso, do não explicativo.

Neste contexto, ao observar as participantes em suas tentativas, durante o jogo teatral, de nascer por meio de expressões e movimentos corporais, observa-se existir intensos conflitos emocionais e psicológicos internos emergirem através do contato físico com o externo destes mesmos corpos. Corroborando essa ideia, Dolto (2017, p. 10) ressaltou a importância do corpo como “o mediador organizado entre o sujeito e o mundo”.

O corpo faz-se parte imprescindível para a criação de sentidos, ele que se apresenta e oferece ao sujeito nascer, além de constituir-se como instrumento do que há “de mais valioso – para evidenciar os – meus sentidos e a informação que meus sentidos me trazem” (Bion, 2017, p. 12).

7.2. Encontro 2:

O segundo encontro teve como tema “No descobrir-se pelo caminhar” e, como objetivo observar a relação emocional do participante com o seu eu, a partir do seu corpo retorcido e por sua descoberta pelo seu caminhar. Para sua execução, segue descrição das orientações oferecidas:

Inicialmente, as participantes ficariam de pé em posição torcida ou dobrada em silêncio, concentradas no ato de estarem envolvidas com o seu próprio corpo. Deixando-se, assim, gerar um atrito ou incomodo tanto físico quanto íntimo, por se permitirem ficar nestas posições (dobrada ou torcida), as fazendo perceberem as emoções surgidas a partir daquele estado rígido do corpo. Ao atingirem tal incomodo físico deveriam intensificá-lo ao máximo, antes de rompê-lo.

Sugeriu-se, o rompimento daquela posição rígida por meio de um movimento do corpo, que deveria se dar de modo mais natural possível e, proposto pelo próprio incomodo físico; porém, sem intenção de sair do desequilíbrio que aquela posição (dobrada ou torcida) as colocaram. Deste modo, passavam a caminhar torcidas ou dobradas à exaustão, chegando ao término daquele movimento dado pelo cansaço.

Em seguida, com o corpo novamente parado fisicamente, as participantes foram instruídas a prestarem atenção ao incômodo, com propósito de se conscientizarem do seu mal-estar, descobrindo o que fazer para se libertarem dele, ou seja, daquelas posições (dobrada ou torcida). Ao terem atingido este corpo e sensação libertadores, as voluntárias deveriam reiniciar o exercício proposto, entretanto agora com o corpo ereto.

Neste dia houve a participação de 5 pacientes, observou-se logo no início, fenômenos emocionais emergirem, trazidos inicialmente pelo comportamento de E5 em querer ter certeza de que estava fazendo certo, resultando esta angústia em forte risada, seguidas por E1, E4, E6, todas demonstraram assim, distração e incomodo por estarem na posição disforme.

Pode-se inferir que, nesta experiência ocorreu uma identificação entre as participantes, quanto ao incômodo frente ao retorcido e à angústia gerada, o que se percebe pelas risadas num primeiro momento elas terem a utilizado para se apoiarem e se defenderem junto ao ter que se

expor, porém também se vê a possibilidade de uma tentativa de sublimação para se fortalecerem e se entregarem ao jogo teatral, diante do aplicador que as observava. Destaca-se aqui a ideia de (Ferenczi como citado em Klein, 1981, p. 122) sobre o fenômeno da identificação compreendida como estágio preliminar do simbolismo. Num estágio precoce do desenvolvimento, a criança procura redescobrir os seus órgãos corporais e as respectivas atividades em todo objeto que encontra.

Pôde-se perceber a necessidade de E5 buscar por uma posição confortável dificuldade de suportar o incomodo provocado pela proposta do sentir-se retorcida. Do mesmo modo, pôde-se observar E6 simplesmente sair de sua posição e vir à direção da pia para lavar o seu rosto, voltando em seguida ao espaço do jogo mudando, entretanto, para lugar mais central. É possível considerar que ambas se guiaram, somente pelo desejo de retornarem a um corpo confortável, direcionando-se urgentemente à “comodidade material”, representando suas ansiedades (BION, 1991). Infere-se, ainda, que o rompante de E6 em sair de sua posição, buscando retornar em outro lugar mais central está associado a uma tentativa de se sentir integrada no grupo.

E1 e E4 vivenciaram diferentemente o jogo teatral, buscando sentir o desequilíbrio delas mesmas; E4 pisava com as bordas dos pés, propondo a si mesma um novo modo de se locomover por seu desequilíbrio, assim como E1, caminhando sobre os calcanhares. Desse modo, E1 e E4 mantinham-se no jogo do desequilíbrio, propondo descobertas a partir deste, além de buscarem sem medo suas aceitações junto aos seus próprios desequilíbrios pessoais, representados por aqueles corpos desformes, podendo utilizá-los para se verem em suas realidades e redescobrirem-se.

Observou-se, ainda E2 se manter concentrada e imergida na proposta, procurando transitar quase que imperceptivelmente através do desequilíbrio a caminho do equilíbrio. De modo que muito pouco se movimentou de seu local original, porém se locomovendo com muita intensidade junto à posição disforme, todavia, sem atingir a posição ereta.

Tais movimentos registrados sugerem pensar sobre uma escuta criativa por parte das pacientes surgida através de funções dialeticamente opostas entre desequilíbrio e equilíbrio, porém sem negar o desequilíbrio como fator condutor para a obtenção do equilíbrio interno, o qual descartando ao ideal de um corpo ereto atreviam-se elas se movimentarem através de suas verdades internas conflituosas, representadas por aqueles corpos retorcidos e disformes. A esse respeito, vale ressaltar as ideias de Bion *apud* (Grotstein, 2010) sobre o equilíbrio almejado entre a posição psicótica e a posição neurótica, estar no enfrentamento do sujeito com o seu desequilíbrio e, isto por ele estar fadado a caminhar com e através de sua verdade não absoluta.

Importante observar que, E2 viveu um processo de introspecção profunda, entregue corporalmente a um comportamento intimista e fisicamente fraco, com dificuldade em atingir a posição ereta. Estes comportamentos podem ser compreendidos como a representação de aspectos ligados a fragilidade e a tristeza. Dolto (2017) sugeriu que corpos que se representam desse modo poderão falar sobre um “eu” fragilizado pela falta de um pai que não ajudou na formação de um superego inibidor do embotamento, podendo também dizer sobre um processo de depressão presente e demonstrada como tentativa de reagir ao mal-estar que sente por um pai ausente.

Após o término na atividade, ocorreu o debate e/ou discussão em grupo da experiência teatral, com o objetivo de que as participantes pudessem verbalizar as emoções, os pensamentos e demais conteúdos despertados em cada uma durante o jogo teatral. Alguns relatos sinalizaram emoções intensas de desconforto e desprazer íntimo:

“... vontade de sair dessa posição...” (E1)

“... quando eu senti o desconforto... aí foi uma sensação dolorosa, atingiu a coluna... até a cabeça” (E2)

“... parecia que tinha um boi nas minhas costas... dava vontade de coçar”; “As pernas parecia que não queria andar do jeito certo” (E4)

“Mas aí começou a pegar o corpo inteiro”; “Eu senti vontade de sair daquele lugar...”; “Foi horrível... desconfortante” (E5)

“... eu senti o corpo pesado, a cabeça e a corcunda”; “foi horrível...” E6

É possível inferir que experimentar o desequilíbrio (desprazer) imprimiu intenso incomodo físico e emocional às participantes, sugerindo-as olharem para ele como um ponto de partida para necessária busca pelo equilíbrio (prazer). A experiência física e emocional de desprazer / prazer pode ser associada a lembranças de momentos vividos por elas, por exemplo, durante o uso das drogas. Não suportarem o desconforto durante a atividade pode estar assim relacionado às experiências íntimas de perceberem inconscientemente em lugares sombrios já vividos.

Freud (1922/1996/2006) disse que toda ânsia pelo prazer, como consequência do desprazer, tende a encontrar-se em um lugar desconfortável uma vez que aquele sempre será efêmero, existindo o sujeito no estado íntimo de se ver no desprazer, e, este tendo tem como função primeva ao sujeito ajudá-lo a criar atenção para desenvolver pensamentos que o auxiliem a agir além deste círculo de desprazer e prazer, o qual pode se tornar vicioso e estagnante.

Ao se debater sobre como se sentiram, tendo alcançado a posição ereta do corpo, disseram:

“Foi como se tivesse tudo se encaixando...”; *“Como se tivesse colocado a última peça do quebra cabeça e tá tudo alinhadinho”*(E1)

“Foi uma sensação de alívio, de conforto, uma sensação de paz, sabe, poder andar normal”; *“Sensação de liberdade!”* (E2)

“Eu senti estar aliviada... foi tudo voltando tudo normal” (E4)

“Um alívio! Um alívio!”; *“Tava voltando aquela sintonia, a sintonia com o corpo”*(E5)

“Um alívio! Um alívio!”; *“... foi bom, eu me senti melhor do que eu estava”* (E6)

Observa-se a associação do caminhar que as levaram à posição ereta do corpo à uma sensação de bem-estar, alívio, liberdade e normalidade. Estas podem ser atreladas a um resultado interessante que o teatro pode oferecer como atividade terapêutica junto às pacientes em reabilitação química, por estimular emoções advindas de sensações físicas/corporais e, que, as convidaram a se verem capazes de criar um caminho diferente e promissor.

McDougall (2013) a este respeito, afirmou que o sujeito se expressa por seu “self somático”, a partir de um ato revolucionário dado pelo corpo em liberdade, o que para a autora de um modo muito precário e turvado, pode acontecer somente pela associação livre de uma sessão. Em relação a observação de McDougall, percebe-se pelas pacientes, elas dizerem:

“Para falar a verdade eu senti que é como uma terapia”, “...para mim é uma terapia diferente de tudo o que eu vivi” (E2)

“É diferente... das atividades que a gente tem, é só conversar”, “Movimentar o corpo é... aqui a gente sente, fica na pressão...”(E4)

“Eu senti igual o outro, um despertar”, “Você vem sem querer e depois a gente já se entrega” (E5)

Pode-se notar pelas participantes aquela expressão de liberdade dada pelo corpo, sugerida por McDougall, conversar com Winnicott (2019), quando ele diz, sobre a área intermediária entre o mundo interno e externo. Segundo ele, é fundamental para o sujeito estabelecer relação com tais mundos, de modo que a comunicação acontece a partir de um ambiente suficientemente bom, oferecendo assim condição emocional ao paciente e, concomitantemente pelo objeto criativo ajudá-lo a transitar em direção a sua transformação.

Nessa perspectiva, infere-se que o próprio corpo da paciente no jogo teatral, assume-se como um objeto criativo, transicional e transformador.

(Decroux como citado em Peixoto, 1989, p. 87) corrobora esta ideia, afirmando que: “Quando o ator se abster de aparecer no palco acompanhado de seu corpo, só então ele poderá se abster de estudar a arte do corpo”.

Corpo este que McDougall (2013) não ignorou e nem tirou da cena psicanalítica para estudar *a posteriori* certos sintomas psicossomáticos, surgidos como tentativas do sujeito de se curar de si mesmo. A este respeito, a autora afirmou que o adulto, revivendo sua frustração não sublimada por não ter conseguido separar-se do corpo da mãe, inconscientemente determina limites corporais não definidos e não separados dos outros, seja para com aquele que tenha importância para ele ou, mesmo com quem desperte um trauma vivido psiquicamente e que se encontra na memória corporal, podendo gerar uma “explosão psicossomática, como se, em tais circunstâncias, não existisse um corpo para os dois” (McDougall, 2013, p. 11).

Disfunções psicossomáticas podem ser percebidas como mensagens de um psiquismo primitivo, enviadas e interpretadas somaticamente (McDougall, 2013). Este psiquismo primitivo poderá ser relacionado com os elementos-beta definidos por Bion, os quais posicionando o paciente junto a suas vivências emocionais ignoradas por serem insuportáveis, os fazem transitar por uma atitude concreta e que torna a elaboração psíquica impossível de se realizar (Bion, 1991).

Assim, o corpo, como objeto transicional na perspectiva winnicottiana, pode estimular um processo de transformação pela reinterpretação que ele mesmo pode ocasionar ao paciente em reabilitação química, como observado nas atividades e descritas verbalmente pelas participantes (Winnicott, 2019).

7.3. Encontro 3:

O terceiro encontro teve como tema “No encontro por seu andar” e o objetivo de perceber as emoções que nascem nas participantes junto ao “ter” que caminhar. Estavam presentes seis participantes neste dia, e o grupo iniciou com explicação retrospectiva do que já havia transitado até o momento, falando que o bebê nasceu, saiu da barriga, se levantou, já ensaiou os primeiros passos e, que, agora irá se trabalhar na aprendizagem deste novo ritmo junto ao caminhar, percebendo este pela respiração.

Dando sequência, digo que este exercício do dia, também não é complicado desde que a gente se proponha a brincar com esta criança nossa. Começo orientando que sempre iremos

partir e voltar para um momento silencioso. Ressalto que é sempre importante, quando no momento tumultuoso, voltar para o silêncio interno. Digo que, este silêncio vai nos ajudar.

Após todas já estarem em seus locais escolhidos no espaço reservado para o exercício, E5 e E6 demonstraram inquietação para se silenciar, ou seja, não estavam concentradas no exercício de se conectarem aos seus corpos. Inclusive E5 saiu durante o exercício por alguns instantes e voltou logo em seguida; E6, num contínuo movimentar-se, começou a se locomover, demonstrando ansiedade. Disse a ela que o que estava acontecendo falava sobre o seu movimento interno e que ela não se negasse, continuando a andar sem que precisasse olhar para mim como se estivesse me pedindo autorização. Neste momento, E6 ficou o tempo todo se movimentando no mesmo lugar, se coçando, abaixando, inquieta. Para Freud (1926/1996/2006), a origem da ansiedade está sediada no ego, de modo a ser representado por uma significação afetiva que já existia no sujeito; o que poderá dizer sobre função dinâmica de autopreservação do ego, diante de algo simbólico que gera mal-estar. McDougall (2013) falou sobre a tentativa de o sujeito em um processo de “desafetação”, ou seja, não se afetar como um mecanismo de defesa, sobreviver à angústia do aniquilamento, evitando retornar a momentos traumáticos que o impele se sentir (des)integrado ou, mesmo sem identidade.

E3 começou a se movimentar discretamente, se movimentando mais. Contudo, rompendo com o padrão de andar em círculo, diferenciando-se das demais participantes. Por algum motivo, em dado momento, decidiu parar próxima a parede e, assim ficou até o final do jogo. É possível inferir E3 transitar pela ansiedade que a acometeu manter-se em fuga através de algo que a ajude romper com padrões que inconscientemente ela os representa ameaçadores, portanto, precisando se proteger.

No entanto, ao direcionar-se por caminho contrário seguido pelas participantes ela sugere querer isolar-se, o que me faz pensar se esta atitude não representava inibição ocorrida por sua dinâmica psíquico-emocional através de um onde estivesse transitando internamente numa tentativa de querer provar algo ou, mesmo se sentindo impossibilitada de provar um algo fantasioso e libidinal. De modo que sugiro E3 sofrer com este exercício, quando demonstrou pela sua atitude de clausuro e/ou possível inibição, a qual se pode dizer ela falar de um ego subjugado e prejudicado em sua função pela existência de intenso erotismo emergente no sujeito (Freud, 1926/1996/2006) e, pela atividade corporal ela conseguir associar tal frustração.

Assim, E1, E2, E4, E5 e E6 continuaram no mesmo caminho circular sem modificar o ritmo ou dar a entender intenção qualquer de seguirem por direção que não fosse aquela, até que todas iniciaram caminhares em direções e dinâmicas diferentes às outras, até que pararam.

Observou-se, ainda, que após o último momento de busca pelo silêncio enquanto estavam paradas, elas mostravam-se inibidas.

Tratando-se da inibição, Freud (1926/1996/2006) afirmou que o ego renuncia às funções para não ter que agir através de novas ações de repressão – “a fim de evitar entrar em conflito com o id”. (p.93) e, isto poder dizer sobre a possibilidade de o andar ter se tornado um substituto simbólico do pisotear um corpo (mãe-pai), sendo aquele andar paralisado por representar a realização inconsciente de um ato sexual proibido.

E2, E4, E5 e E6 olharam para mim após terem se mexido como que na esperança de que eu não houvesse as percebido. Elas novamente se mexeram, porém desta vez eu disse: rompeu, caminhe. Esse trecho sugere ter havido uma transferência a minha pessoa de uma figura parental que fiscaliza, critica ou é atacado (Grotstein, 2010). Deste modo, sobrevivendo e, dando-lhes autorização para continuarem suas pulsões através do jogo teatral, amenizam-se medos e culpas inconscientes.

Após o término na atividade, ocorreu o debate e/ou discussão em grupo da experiência teatral, com o objetivo de que as participantes pudessem verbalizar as emoções, os pensamentos e demais conteúdos despertados em cada uma durante o jogo teatral. Alguns relatos sinalizaram emoções intensas de desconforto e desprazer íntimo:

“É, a respiração eu consegui controlar, senti a diferença enquanto eu andava...”; *“Tem que prestar atenção para respeitar o lugar do outro”*; *“O dependente químico tem muito esta falta de controle, de autocontrole; de se perceber que está errado e de ter dificuldade de admitir que está errando, que tá errado”* (E3)

Percebeu-se pelo depoimento de E3, quando de sua necessidade de se afirmar no controle e na certeza do seu jogo teatral, isto indicar possível fantasia de onipotência, justificada esta pelo seu discurso, contrapondo-se à prática do exercício corporal. Buscando através do comportamento físico parado demonstrar certa representação do controle de si mesma. Atitude esta que sugere e reafirma uma ação reativa dela como descrita e percebida em sua entrevista individual, com fim de justificar sua negação ao ato destrutivo, com o qual se posicionou para sobreviver à destruição que foi gerada nela pelo abuso infantil. O que sugere ser um motivo pelo qual há dificuldade de ela perceber o objeto corpo, assim como o outro para projetar-se e refletir a ela algo que possa se perceber junto aos aspectos relacional e simbólicos que os auxilie a sua transformação (Dolto, 2017).

Do mesmo modo que, por sua necessidade premente de observar ao que ocorria de forma distanciada, mostrou-se impelida por um superego opressor que, ao contrário de auxiliá-la para a defender do id causou fragilidade ao seu ego, preferindo por uma direção à fuga

justificada “... sucedida por uma fase ativa de remodelamento” (Freud, 1925/1996/2006, p.207), repudiando à realidade que sente estar inserida. Esforçando-se, deste modo, para alterar sua realidade por um ato de condescendência do mundo a ela, ou, de sua mãe.

“Ah, eu tive a mesma sensação da E3... eu andei... senti a respiração, mas eu cansava e consegui parar e eu fiquei parada” (E1)

Observa-se E1 se justificar através da fala que tira da participante E3, a fim de sobreviver ao desconhecido e pouco entendimento que teve do exercício. Sugiro que diferente de E3, ela submete-se a copiar um comportamento e discurso para se satisfazer através de uma posição junto ao grupo vivendo um falso-self e, por isto um distanciamento do corpo que a auxiliaria se integrar com criatividade à improvisação do jogo teatral (Winnicott, 2019).

“Ah, uma sensação de leveza, quando você está respirando... você vê seu corpo”; “Na hora que te dá ansiedade... te dá uma coceira na cabeça... vontade de mexer o pé... vontade de mexer a mão, aí é hora de movimentar, né?” (E2)

“Ah, eu senti assim, uma leveza, também” (E4)

“Eu senti o oxigênio e meu corpo e, aí deu uma sensação de leveza. Leveza de calma”; “Aí coçava ali e aí eu tinha que romper. Aí tinha que andar de novo” (E5)

Infiro E2, E4 e E5, quando falam de leveza, esta se referir à projeção dos estímulos angustiantes internos notados através do corpo em movimento e transformados externamente por este mesmo corpo (Klein, 1997). De modo que, observando pelo prisma corporal, pode-se sugerir a ideia angustiante revelar-se externamente como coceira mencionada por E2 e E5 e transformada esta pelo ato de andar e respirar, ou seja, fazer algo e poder sonhar (pensar), como diria Bion (1991).

“Foi bom quando tava parado, quando começou a andar a respiração acelerou”(E6)

Observa-se E6 continuar em sua tentativa de fazer-se integrada, porém sem conseguir integrar-se a si mesma. Ao que infiro, ela apresentar grande dificuldade de se permitir à reabilitação, enquanto senhora de sua própria transformação. McDougall (2013, p. 106) dirá que,

Em alguns indivíduos, a vivência afetiva escapa à consideração durante as sessões de análise à medida que eles se esforçam constantemente para *dispersar imediatamente*, sob a forma de ação, o impacto de determinadas experiências emocionais. Isto pode se aplicar tanto a afetos geradores de prazer quanto de sofrimento.

Burnier (2009, p. 39) disse que, a “ação de tensionar que é a intenção só existe na medida em que for corpo, ou seja, uma tensão muscular maior ou menor conectada com algum objetivo

fora de nós [...]”, o que sugere que pela tensão surgida na relação do corpo com o mundo nasce a identificação do sujeito consigo mesmo.

Freud (1925/1996/2006, p.39) dirá que, sobre o desenvolvimento do eu: “o ego é [...] um ego corporal [...] o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo” e, que, pela assertiva de Winnicott (2012, p. 113) ele dirá que o eu “está fisicamente contido na pele do corpo e está psicologicamente integrada” (Winnicott, 2012, p.113).

Infiro o teatro conversando com a psicologia contribuir para com conhecimentos que facilitem ao usuário de SPA atividades que o integrem ao entendimento a partir de seu próprio corpo, sobre a importância do silêncio que o auxilie renascer criativamente através do se analisar pela intenção surgida da tensão dele com o seu meio ambiente, ao que Bion (2017, p. 35) dirá; “Se tiver a permissão de ficar mais tempo em silêncio, então talvez eu possa ouvir um pouquinho mais”.

7.4. Encontro 4:

O quarto encontro teve como tema “Do andar à improvisação” e, como objetivo observar possíveis recursos psíquicos como conteúdos superegóicos, frente à tarefa com o obstáculo e/ou frustração. Para sua execução, foram dadas orientações como:

Primeiramente ponderei às quatro (4) participantes presentes neste dia de atividades sobre os exercícios já transcorridos até aquele momento, a fim de ajudá-las a recapitular o vivido. Disse sobre o termos nascido, aprendido a se levantar e se percebido com o corpo no caminhar. Lembrei sobre as dinâmicas internas que falam sobre encontrar-se no silêncio (estar), fluir através da emoção surgida, dinamizar-se junto à emoção, até o fim do movimento. Enfim, foi explicado que, naquele exercício do dia, elas iriam improvisar com obstáculos inanimados. Disse que observassem o obstáculo como um limite delas e, assim, trabalhassem intimamente, considerando a seguinte instrução: “Eu estou, eu sinto, eu percebo e, aquilo me faz querer transpô-lo. E dinamizo improvisando e, termino”. Em seguida, foram determinadas duas regras: a primeira é que não poderiam fugir do obstáculo, deveriam aceitar que ele está ali. A segunda era para que deixassem a emoção criar uma personalidade, enquanto observassem o obstáculo. Foi solicitado que assumissem essa personalidade. Por fim, as lembrei que deveriam trabalhar com a música interna delas mesmas. Deste modo, se percebeu a necessidade de se fazer duas partes do jogo teatral, com duas duplas.

Observou-se, desde o início da primeira parte do jogo E1 e E2 apresentarem certa personalidade reticente e duvidosa antes de começarem a atividade, o que sugeriu demonstrar um processo de reconhecimento e, portanto, uma tentativa de sobreviver ao desconhecido. De modo que E1 começou seu jogo de improvisação, demonstrando descontração com braços largados e andar despojado. Porém, ela titubeou diante do obstáculo como que sugerindo pensar sobre o que fazer, indo para a frente e para trás. E2, ao se propor viver a improvisação, também hesitou, porém brevemente. Na segunda atividade de improvisação que se iniciou desta vez com E2, viu-se ela segurando firme a cadeira, a levantando e a girando, deixando a cadeira sobre suas próprias pernas sobre o chão em seu encosto, a puxando consigo... até o outro lado da sala. Colocando a cadeira ao seu lado e se apoiando no encosto da cadeira. E1 preferiu abaixar-se e pegá-la no encosto da cadeira que estava sobre o chão. Ela ajeitou a cadeira e a levantou do chão, levando-a sem fazer barulho.

Notou-se E1 e E2, diante da dúvida sobre o que fazer com o obstáculo, surgir através de uma reação do “esquema corporal”, o qual segundo Dolto (2017, p. 10), “é uma realidade de fato, [...] nosso viver carnal no contato com o mundo físico”, frente à necessidade do como proceder com o objeto que precisa primeiramente ser introjetado, enquanto pulsões que demandam daquele momento que as pede transpor e/ou improvisar. Neste sentido, percebe-se não somente terem que transitar através de um processo instintual, mas por uma atitude narcísica, utilizando como objeto suas próprias mãos junto àquele obstáculo que a apresenta por uma “imagem de corpo” (lugar de desejo), a qual fala de pulsões libidinais não sublimadas por negligência de educação, tanto quanto de castrações não propostas pelos adultos para que a criança conseguisse lidar com as frustrações (Dolto, 2017).

Ainda, pode-se observar junto à relação com o objeto, tanto de E1 enquanto condescendente com ele sugerindo demasiada indulgência, quanto de E2 na necessidade de dominá-lo e com agressividade demonstrar intensa dificuldade de relação, tais atitudes apresentarem a existência de comportamentos com tendências maníacas (Klein, 1974).

Com a dupla E5 e E6, observou-se E6 iniciar a dinâmica simploriamente, passando pelo obstáculo, ignorando-o. E5, por sua vez, o observa e o transpõe, passando por cima do obstáculo. E6 dá sequência à dinâmica indo à cadeira, se agachando para pegar a cadeira pelo encosto e a levanta, virando seu assento para frente. Em seguida a deixa no local e vai embora. E5 pega a cadeira com as duas mãos, a levanta e a conduz para o lado oposto de onde ela estava. Coloca a cadeira no chão com o assento voltado para ela, se vira de costa para a cadeira e se senta nela.

Percebeu-se as participantes através das dinâmicas, sugerirem num primeiro momento a projeção de onipotência diante do obstáculo, propondo haver dificuldade de aceitarem-se em seus limites, preferindo fugir dele pela intolerância, a qual não permite ao sujeito deprimir-se para ser criativo e poder improvisar (Winnicott, 2019).

Notou-se elas, em um segundo momento, projetarem estímulos internos inconscientes como tentativa de construírem parte de suas fantasias no mundo real, tentando possuir certo domínio ideológico do objeto¹, sendo que E6 manteve-se em negação, representando um sentimento de destruição àquele mundo real (Klein, 1974), enquanto E5 por um comportamento similar ideológico demonstrou ter conseguido sobreviver a este sentimento, podendo com criatividade terminar sua atividade, improvisando (Winnicott, 2019).

Na segunda parte do jogo teatral, pela qual percebi a necessidade de improvisar nova dinâmica, sugerindo que elas trabalhassem sem o obstáculo. Notou-se que, por essa atividade, as participantes E1, E2, E5, E6 apresentaram grande dificuldade de criarem possibilidades novas em relação a quem as antecedia. Elas copiavam durante o jogo da improvisação representando, desta maneira, uma incapacidade de lidar com o objeto que concreto as impeliavam a desejar e fantasiar, porém, como sugerido por Dolto (2017) na falta de um esquema corporal, o qual para a autora representa ao sujeito a sua necessidade de ter que ser, frente à realidade que se mostra e cobra enfrentar-se junto com o que percebe como seus limites sem conseguir ser criativo, ou seja, sem conseguir ser “... uma criança capaz de sobreviver temporariamente separada do corpo do outro” (p. 28). Do mesmo modo, pode-se perceber um falso self construído pela dificuldade de se sentirem integradas, as impossibilitando de viverem suas verdades para que a partir destas conseguissem improvisar (Winnicott, 2019) *apud* (Grotstein, 2010).

Terminadas as atividades, ocorreu o debate e/ou discussão em grupo da experiência teatral, com o objetivo de que as participantes pudessem verbalizar as emoções, os pensamentos e demais conteúdos despertados em cada uma durante o jogo teatral. Alguns relatos sinalizaram emoções intensas de desconforto e desprazer íntimo:

“... eu tinha que passar por aquele obstáculo de alguma forma...”; “... aí eu voltei e tive que trazer ele comigo, do meu lado, me acompanhando”; “... como se eu tivesse... embaixo... em cima... meio que perdida” (E1)

¹ - Idealização serve principalmente como defesa contra emoções intensas de impulsos destrutivos, inveja e ansiedade persecutória.

“... é tipo o obstáculo que a gente tem que passar pela nossa vida sem ter que tirar ele do caminho”; “Se batendo com uma porta, uma mesa, um sofá...”; “... vai para um lado e outro e sai gatinhando...”; “... quando a gente não consegue copiar a gente pensa: e agora eu vou viver do quê, vou fazer o quê?” (E5)

“... eu passei pelo meu obstáculo, eu vi que eu podia tirá-lo e não tirei e desviei”; “A segunda parte... eu queria mudar de um jeito da forma...”; “... mas sempre tava do meu lado me incomodando. Mesmo que eu mudando ficava ali” (E6)

Percebeu-se, E1, E5 e E6 viverem intensa necessidade de transpor o “obstáculo”, como uma cobrança a si mesma, pontuando ter que trazê-lo para de algum modo continuar o sentindo por todos os lados se batendo e se encurralando com ele, fazendo-se dispersas e limitadas junto às suas dificuldades de sonharem (Bion, 1991). Infiro seus movimentos descritos sugerirem uma construção de superego perverso que dificulta sua ação de transformação de seu meio ambiente, o qual as coloca no discurso da necessidade de resolver para se satisfazerem, porém as observando se movimentarem na necessidade criada por se sentirem encurraladas por uma ideia persecutória sádica, na qual segundo Klein (1981, p. 356) faz com que “... o ego dirige contra os perseguidores dentro do seu corpo, as mesmas forças que emprega contra os do mundo externo”.

É possível, também inferir tendência masoquista, pela qual elas se sentem na necessidade de conviver com a dor da culpa, acusando-se como disse Freud (1915/1925/1996/2006), por certa “necessidade de punição [...] através da função da consciência ao superego e reconhecendo a consciência de culpa como expressão de uma tensão entre o ego e o superego” (p. 184).

“É como se fosse um obstáculo difícil da nossa vida, a gente ter que ‘transpassar’ sem ter que ‘machucar’ uma pessoa ou perder uma pessoa ou simplesmente deixá-la para trás”; “Então eu me vi num problema (falando da improvisação) como se eu não pudesse...”; “É viver retorcido” (E2)

Este discurso indica haver intensa dor íntima que precisa ser enfrentada sem causar sequelas, especialmente associadas às relações sociais. Sua hesitação na atividade, pode ser compreendida como tentativa de não se fazer notada por seu medo de errar. O que do mesmo modo, isso pode inferir sobre sua luta entre a frustração e ter que ser indulgente, mostrando através de um comportamento cindido um estado maníaco depressivo (Klein, 1974). Ainda, por aquele discurso ouço ela dizer sobre sua batalha íntima em ter que lidar com suas *perdas*, além

de sentir que tem que abandonar suas experiências que a machucam, o que infiro como sendo apresentação encoberta dos seus dolorosos lutos da vida e, que, a mantém na dificuldade de improvisar por viver em negação e não conseguir reinterpretar aquelas perdas, ou seja, impossibilitando-se de sonhar e ter esperança (Bion, 1991). O que sugere, ainda um motivo forte por ter escolhido, certa feita, pela tentativa de suicídio.

7.5. Encontro 5:

O quinto encontro teve como tema “Na relação”, cujo objetivo foi observar possíveis forças e/ou fraquezas do ego na relação com o outro. Para sua execução, foram dadas as seguintes orientações:

Primeiramente, orientei as participantes (3) presentes neste dia, a ficarem em silêncio, concentradas e paradas em suas posições na sala do jogo teatral. Em seguida, deveriam ir com seus corpos até um ponto imaginário no meio da sala, sendo que ele seria o ponto de encontro, onde deveriam conversar e/ou dialogar no jogo da improvisação. Disse que dessa vez poderia a dinâmica ser verbal ou continuar não-verbal, mas que o diálogo precisaria acontecer de algum modo. Pontuei que o jogo seria dividido em duas partes, sendo a primeira parte subdividida em três fases com atividades de improvisação e a segunda parte com debate e/ou discussão sobre os pareceres das participantes. Disse, que dentre elas seria escolhido um coringa, o qual deveria ficar de fora e entrar somente quando sentisse necessidade de se relacionar no jogo da improvisação. Observei que o importante seria não racionalizar, que estivessem inteiras no jogo, despertas, elevadas, caminhando. Ressaltei, ainda que elas se ativessem a sentir o que estivesse acontecendo no instante do momento na relação.

Observou-se, o início da primeira fase do jogo de improvisação, estando a E1 na função de coringa. E2 e E3 foram ao ponto de encontro, bateram as mãos em um cumprimento informal e jovial. Uma olhando para a outra, E3 perguntou: “você vem sempre aqui?” rompem em alta gargalhada. O que sugeriu desconforto provocado pelo flerte latente. Neste mesmo momento, E2 cruza as mãos atrás do seu corpo e E3 cruza os braços à frente do seu corpo. Ao que infiro estas posições sugerirem uma relação ativa e passiva de ataque e defesa, reação provavelmente gerada inconscientemente por conflitos sexuais e produzidos por atitudes de enfrentamento instintual.

E3 disse: “... nossa estava com saudades!”, de modo que voltam a rirem tensas; sugerindo novamente um momento de flerte, ao que Freud (1908/1996/2006) denominou como medo produzido pelo complexo da castração ou, como Klein (1974) falou sobre a pulsão de

vida emergida por conflitos egóicos no bebê, frente ao medo pelo aniquilamento que passa a sentir no ambiente.

Após momentos de diálogo entre E2 e E3, E1 (coringa) ficou se mexendo, querendo entrar na cena de modo que decidiu parar e não entrou. O que sugeriu um reviver inconsciente de uma experiência escópica observada como um ato de violência em sua mais tenra idade, entre seu pai e sua mãe (Freud, 1908/1996/2006).

E2, já não mais rígida, neste momento bateu sua mão informalmente no braço de E3. Infiro, por esta atitude ter ocorrido uma ação ousada de ataque à intimidade de sua parceira de jogo a qual se encontrava reclusa, referindo por este gesto ele parecer representar dominação e poder (Freud, 1908/1996/2006).

Finalmente, E1 se aproximou de E2 e E3, as quais percebem sua chegada. Neste mesmo momento E1 passa por E2 e E3, deslocando-se para o outro lado. Sugiro este movimento de E1 indicar uma atitude de fragilidade e submissão, além de um pedido de permissão a E2 e E3. O que levou E2 colocar novamente suas mãos para trás de seu corpo - o que percebo como indicação ativa de ataque e ao mesmo tempo de disponibilidade, frente ao novo sujeito que surgiu na relação. E1 perguntou: “você vem sempre aqui? O que faz todas gargalharem, demonstrando novamente certa tensão libidinosa. Em seguida E1 fica com postura infantil, demonstrando tensão ou pedido de permissão. De modo que todas gargalham novamente. Assim, E2 demonstra certa descontração, enquanto E3 fica o tempo todo com os braços cruzados a sua frente.

Assim, ao observar a sexualidade latente surgida pelo jogo teatral, observando incorporações existentes na relação proposta entre as participantes, (Schafer como citado em Butler, 2018) afirmou que a incorporação de uma personalidade não dirá sobre um processo, mas de uma fantasia. Portanto, imaginada através de uma linguagem que se faz concreto pelo espaço externo corporal (Butler, 2018).

Na segunda fase da primeira parte E3 foi escolhida para ser a coringa. De modo que E1 e E2 vão ao centro do espaço demarcado para o jogo. Elas se encontrando dão as mãos, se cumprimentando. Após o encontro, E1 segura suas próprias mãos como se fosse uma criança, sugerindo uma tentativa de seduzir aos pais. E2 cruza as suas mãos atrás de seu corpo. Infiro ter ocorrido uma demonstração de submissão de uma e autoridade e disponibilidade de outra, sugerindo ter ocorrido certa ansiedade frente à representação de possível aniquilamento da primeira, tanto quanto de projeção de um falo que é percebido como sinônimo de poder pela segunda. Deste modo, percebe-se ambas transitarem em um espaço que as coloca no medo da castração (Freud, 1908/1996/2006; Klein, 1974).

E2 pergunta a E1: “você dormiu bem?” Ambas dão gargalhadas. Ao que sugiro elas terem flertado. Em determinado momento do diálogo entre E1 e E2, E3 tira as mãos de suas costas, onde estas ficaram por todo o momento em que como coringa observava à cena da improvisação e, começa a gesticulá-las como tentativa de uma fala sentida através das mãos. Ao que infiro ter surgido uma relação comportamental narcísica com e pelas mãos consigo mesma e, que, a ajudou a se estruturar junto às atividades (Dolto, 2017) de modo que entra no jogo em seguida. Assim E3 começa seu caminhar em torno do casal que improvisava, indo direto para o outro lado da sala. E1 e E2 ficam caladas como que intimidadas por aquela nova presença. Neste momento E2 e E1 se cumprimentam e se despedem. Infiro, por este último momento ter ocorrido certa tensão intimidadora por parte de E3, através da qual E1 e E2 deixaram claro e desafiaram-na dizendo por seus comportamentos que daquela relação E3 não faria parte. Ao que infiro esta apresentação sugerir sobre a mesma pulsão castradora, através da qual demonstram o incomodo da irmã que surge para roubar-lhes suas posições junto ao ambiente (Freud, 1908/1996/2006).

Nesta terceira e última fase da primeira parte do jogo teatral E2 é a coringa. Neste movimento de improvisação E1 indo ao centro mantém-se com os braços cruzados à frente do corpo. Do mesmo modo E3 inicia, indo em direção a E1 e, se aproximando abre seus braços e se abraçam por um breve momento em silêncio, demonstrando intimidade. Seguindo ao jogo E3 descontraída, abrindo e relaxando seus braços, fala alto para E1: “tava precisando deste abraço”. Ao que todas riem e se abraçam novamente e, com maior intensidade se separam. Entrou nesse momento no jogo E2, dando a impressão de vir em busca de um abraço também. Portanto, abrindo os braços e convidando E1 e E3 todas se abraçaram, terminando a primeira fase. Penso importante pontuar por esta vivência, dada a existência sugerida das pulsões libidinais durante o jogo entre as participantes, dizer das fantasias que emergiram, trazendo as participantes incorporações que se apresentaram tensões significativas e sugestivas sobre elas a respeito de um estado de expectativa criada pela própria vida fantástica e, que, “interfere na ação e na vida no mundo real e externo [...] interfere no sonho e na realidade interna psíquica ou pessoal, o cerne vivo de toda personalidade individual” (Winnicott, 2019, p. 61).

Terminada as atividades ocorreu a segunda parte do jogo com o debate e/ou discussão em grupo da experiência de improvisação teatral, com o objetivo de que as participantes pudessem verbalizar as emoções, os pensamentos e demais conteúdos despertados em cada uma durante o jogo teatral. Alguns relatos sinalizaram emoções intensas de desconforto e desprazer íntimo:

“Fazer este teatro é meio confuso pra gente, porque a gente aqui dentro é amigo...”;
“Então é complicado ter este tipo de vínculo...” (E2)

“... não é com todas as pessoas que a gente tem esta intimidade, esta segurança de falar olho no olho...” (E3)

Observa-se uma atitude de constrangimento, frente à necessidade das pacientes em se exporem diante da outra participante, indicando uma reação de restrição das funções do ego, inibindo o ato espontâneo do corpo das pacientes pela sensação do ato sexual possível, porém proibido (Freud, 1926/1996/2006). Klein (1981, p. 120) afirmou que a inibição é “uma restrição compulsória vinda [...] de um perigoso excesso da libido” percebida pelo ego e, que, diante do represamento da libido, ele reage através da ansiedade, indicando ao sujeito ter que fugir. De modo que se percebe haver junto às pacientes uma dificuldade de lidar com suas verdades libidinais sentidas, mas não vividas procurando, deste modo, criarem mentiras pensadas para disfarçarem aqueles desejos proibidos e inibidos (Grotstein, 2010).

Hijikata como citado em Aslan et al., 2002/2004/2010, p. 68 disse que, *“... la danse n'est pas la recherche d'une image ni d'une figure, mais la chair ele-meme qui se cherche à travers la ténèbre”* (a dança não é a busca de uma imagem ou de uma figura, mas a carne que se procura através das trevas).

Tal descrição sobre a arte do corpo em movimento, enquanto em processo de entendimento deste corpo em construção a partir de seu inconsciente gerador do sujeito, faz-se entendível, quando Freud (1916/1996/2006) disse que, a consciência não tem consciência de si mesmo; dizendo, ainda que o inconsciente é um grande caldeirão efervescente por causa das várias pulsões instituais.

Portanto, há necessidade de observar por esta treva que passa o sujeito a viver diante do não consciente constante e presente em sua vida, que, ele percorre um caminho que o sugere estar atento a um movimento íntimo e de aceitação a sua verdade maior de não ser absoluto em saber tudo; o que do mesmo modo o convida ao ato de improvisação através do deixar-se conduzir pela intuição, frente às trevas do desconhecido que permeia a incerteza que aquele caldeirão propõe a sua vida (Bion como citado em Grotstein, 2010).

7.6. Encontro 6:

O sexto e último encontro teve como tema “O ping-pong sem raquete” e teve, como objetivo conhecer as percepções dos participantes sobre as principais emoções e pensamentos durante os cinco encontros realizados anteriormente.

Neste dia, tivemos a participação de quatro participantes apenas, começando nosso encontro com troca de pareceres sobre os experimentos até aqui executados. Eu sugeri que as participantes elegessem critérios avaliativos, com os quais pudessem avaliar os resultados do trabalho desenvolvido.

Foi possível perceber as convergências e divergências das opiniões surgidas entre os participantes. Cada participante passou então a compartilhar em grupo, suas impressões pessoais. Destacam-se alguns trechos de lembranças e experiências vividas junto ao jogo teatral:

“... esse respirar certo na hora de parar também, a respiração mudava eu tentando...”; *“... eu lembrei disso da parte daquele exercício da gente mudar a respiração”*(E1)

“Pra mim foi muito boa. Eu gostei meu corpo, minha mente o ato de se preocupar né, com o corpo e com a mente é muito bom, eu gostei (E2)

“... depois trazia uma tranquilidade [...] o corpo, o movimento e a tranquilidade de volta ao silêncio”; *“deixar o sentimento aquilo que rompeu parar e morrer, tranquilizar”* (E3)

“depois daquele dia – do jogo do caminhar e respirar - eu me lembrei”(E4)

As lembranças iniciais estavam associadas a experiências de resgatar uma capacidade de se concentrar e se conectar com o corpo, prestar atenção na respiração e no caminhar, assinalada assim como uma experiência significativa. Em seguida, as participantes do debate passaram a pontuar alguns ganhos alcançados:

“... alguns problemas que vem surgindo, eu to conseguindo enfrentar...” (E1); *“Ah, dentro de tudo o que fiz até hoje me proporcionou para mim uma coisa muito boa...”* (E2); *“Foi bem sensorial, assim [...] Ele exige atenção”* (E3).

É possível considerar o alcance de alguns benefícios, porém tais falas podem ter ocorrido na tentativa de agradar. A respeito desse tema, Ogden (1996) disse que no jogo da transferência, o que está em voga não é somente transferir o objeto interno a um objeto externo, como foi percebido no discurso das participantes a minha pessoa. Esta sinaliza também uma posição de modo não real frente a suas verdadeiras condições psíquico-emocionais.

O autor afirmou que o que importa é o analisando conseguir transferir o seu ambiente em que vive internamente, dando-se condição de com verdade se permitir à análise. Abaixo estão alguns trechos de E1, E2 e E4, participantes que compartilharam suas reais angústia durante sua participação, sem se negarem no problema:

“Ah, eu gostei bastante. Esta questão de eu comigo mesmo, acho que eu to passando um pouco por isso agora, aqui dentro. E me ajudou muito este respirar, me sentir, poder andar na questão da respiração [...]. Me ajudou bastante nessa questão e, alguns problemas que vem surgindo, eu to conseguindo enfrentar, nesta questão de eu comigo” (E1).

“Eu também gostei muito, porque nessa penúltima final de uma sessão que eu não tive né, mas respirando, oxigenando o cérebro, quando eu vim internada pra cá o meu filho e (inaudível) falaram uma coisa pra mim que tinha sumido da minha mente. Por mais que eu tentasse eu não conseguia me lembrar. E depois daquele dia do experimento em que trabalhamos a respiração, eu me lembrei” (E4).

“Então, assim, pra mim foi muito importante. Por eu ser ambígua, gente vamos supor: eu vivo uma barreira aqui que eu não vou poder sair dessa por causa que vai me enrolar, a vida vai entrar na minha casa, vai entrar na minha mãe né, então é uma coisa que eu aprendi a lidar. Entendeu, como que eu faço pra lidar com isto que eu ganho mais? [...] me centralizar, respirar, colocar a minha mente no lugar certo. É isto que eu faço, por isto é interessante o seu trabalho” (E2).

Ogden (1996, p. 137) afirmou que “Não há luto pelos objetos perdidos, eles são reparados ou recriados magicamente (na fantasia)”, porém pode-se inferir segundo o discurso de E4, movimentos oníricos embasados não em tentativas de autopreservação, mas de compartilhar com verdade o que realmente estava sentindo:

“Eu andei ainda, eu peguei hoje e sai fui andei, andei em torno e pensando na mesma coisa que ele (filho) tava falando pra mim. Lembrando das mesma coisa, sendo que coisas que eu já havia me esquecido. Porque tem muita coisa que eu esqueci. Eu esqueci, até como que reza. Pra mim foi muito importante” (E4).

Ogden (2012, p.194) disse que, o sujeito “vê a experiência e lhe dá sentido a partir de diferentes pontos de vista ao mesmo tempo [...] O pensamento onírico gera crescimento psicológico genuíno”. Neste sentido, Bion (1991) aponta a importância de o sujeito viver suas

experiências a partir do momento em que o seu sentido lhe apresentar factualmente à sua consciência emocional, de modo que ele passa a sonhar e transformar-se através dos elementos-alfa, que advirão destas possibilidades pela própria função-alfa.

Observa-se, certa posição depressiva mostrar-se por E4, a qual demonstra capacidade de chorar e viver suas angústias, sentindo “os efeitos bons do objeto na ausência dele. Isto é fé” (Grotstein, 2010, p. 315). De modo que trabalhar com a sombra da emoção do homem a favor da construção e demonstração de possibilidades de transformação dele, o Butô revela-se pela arte da dança oriental um argumento coerente e plausível para discutir o corpo com a psicanálise.

Hijikata (2002/2004/2010, p. 68), ao falar sobre o tempo do corpo para o teatro Butô, diz ser ele identificado pelo conceito *ma*, no qual “O tempo é considerado em sua duração infinita à medida do universo, em vez de ser reduzido a uma duração limitada à medida do homem. O tempo oriental - hindu ou japonês - não tem começo nem fim. Repete-se perpetuamente, periodicamente, idêntica” (Hijikata, 2002/2004/2010, p. 68).

Burnier (2009, p. 149) a este respeito afirmou que “O *ma* é a ação na imobilidade, uma pausa suspensa no espaço, mas que continua no tempo”. Ao se pensar sobre este momento contínuo e proposto pelo corpo do teatro oriental, percebe-se ele conversar com a própria dinâmica psíquica inconsciente que, pela assertiva de Freud (1925/1996/2006), é vista como atemporal.

Inconsciente este que em sua dinâmica latente, não reprimida e provedora propõe ao sujeito sonhar e ampliar-se através de pensamentos oníricos e transformativos (Ogden, 2012) e, deste modo, alcançar-se em sua verdade pela atitude criativa e elaboradora (Winnicott, 2019).

Verdade esta que Grotstein (2010), epistemologicamente, disse adiantar-se junto à psicanálise por esta ter sua nova tarefa de se elaborar, não mais atuando somente junto aos conflitos propostos pelos impulsos destrutivos para com um objeto, mas de ser capaz de aceitar-se na verdade proposta pelo tempo em que o homem se vê inserido e atuante e, segundo o autor: “transformação da Verdade impessoal em verdade pessoal” (p. 105).

Rosenfeld (2009) disse que o Teatro é o lugar onde se vê, descrevendo-o não se tratar apenas de um teatro-espço onde o sujeito o utiliza para ver a cena, porém um espaço-teatro onde ele passa a fazer parte do contexto, sendo ator importante da cena em que a peça transcorre de modo que, durante uma comédia, por exemplo “rimos de nós mesmos, de nossa fraqueza e fragilidade” (p. 109).

Nota-se importante inferir que, esta atitude expressada em um determinado meio ambiente a exemplo do espaço-teatro, poderá ao sujeito auxiliá-lo conseguir, por breve

momento que seja, retirar sua (s) máscara (s), conseguindo inconscientemente se separar de seu falso self para se permitir estar em seu self, tornando-se mais criativo por viver, em fato, na sua verdade e assim conseguir brincar (Winnicott, 2019).

Observa-se, o jogo teatral atuado pelas pacientes em reabilitação química sugerir-se como experimento proveitoso, criativo e construtivo, enquanto naquilo que elas se experimentando as revelaram em suas verdades junto aos limites em que se perceberam, mas principalmente durante os movimentos que sem terem consciência as mostraram transitar por conflitos psíquicos e desarranjos emocionais importantes de serem sentidos para serem reconduzidos por elas mesmas, a uma posição que as permitam sonhar e transformar por suas próprias atuações (Bion, 1991).

Isto parece conversar com o que Winnicott (2019) diz sobre o sujeito que busca pelo seu self (verdade) ter que estar desprovido de qualquer interesse a este fim uma vez que, tendo ele tal interesse “pode-se dizer que ele já falhou em algum grau no campo do viver criativo” (p. 93); pois aqui sugere-se o sujeito estar no campo da racionalização.

Dolto (2017) por sua vez, ainda que o sujeito tenha atingido a imagem do corpo, poderá ele banalizá-la por meio de uma imagem escópica do corpo superficial apenas, desviando-se do movimento do bebê que cria aquela primeira imagem a partir de adaptações naturais do esquema corporal que implica necessidades dele. Esquema corporal este, o qual pelo auxílio de uma “mãe” que o faça se sentir por seu corpo, o ajude se desenvolver através dos desejos provenientes de figuras fantásticas e motivadoras que o conduzem ao ser criativo e, assim sobreviver às frustrações através de atitudes improvisadas e transformadoras.

Comentou Dolto (2017) que, este processo é possível de se observar no bebê que não recalcou e se manteve em dinâmica de escuta aos próprios impositivos do movimento natural seu. Winnicott (2019) corrobora esta ideia, ao afirmar sobre a dificuldade do sujeito de ser verdadeiro junto a um falso self, que gera nele um mecanismo de onipotência e intolerância e, que, o impede de ser aquela criança sincera que pode brincar, criando para crescer.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho atendeu ao seu objetivo geral de investigar o uso de dinâmicas teatrais, focadas na expressão pelo corpo/movimento, como técnica de grupo para promoção de saúde mental. Os resultados indicaram que a técnica foi eficaz no sentido de estimular emoções e fenômenos psicológicos nas pacientes em tratamento de drogadição. Dentre eles, destacaram-se a fragilidade de egos fragmentados por um desenvolvimento psíquico-emocional prejudicado

pelo meio-ambiente destrutivo; a necessidade de viverem em um estado psíquico de fuga e expectativas geradas por idealizações fundamentadas em melancolia, as mantendo em um falso self vicioso e angustiante; a constante fome de amor produzida pelo intenso sentimento de ódio que as mantem envoltas a sensações de desintegração e/ou aniquilamento; atitudes psicóticas moldadas por ambientes desajustados e agressivos; a incidência a comportamentos retrógados que as mostram suscetíveis ao afeto negativo e patológico em demérito do afeto instrutivo e libertador.

Percebeu-se a importância de resgatar experiências sensoriais no contato com o próprio corpo através das técnicas vividas no jogo teatral como processo de retorno a um afeto esquecido ou mesmo desperto pelas pacientes, as quais experimentando redescobertas por aquele corpo sugeriram dinâmicas de aparecimento de conversações e de esperança a partir de uma fala não verbal, porém presente e existente no momento da relação delas com elas mesmas, na vivência.

Dentre as dificuldades enfrentadas e limitações do estudo, destaca-se primeiramente as faltas das participantes em alguns encontros, seguindo-se ao pouco interesse ou mesmo falta de conhecimento da importância de tratamentos pela arte por parte da instituição em relação as atividades teatrais como uma ferramenta de saúde mental. Ressaltou-se também a importância de o coordenador do grupo manter-se focado não apenas na ação de desenvolver a atividade teatral, mas de observar com atenção, sensibilidade e competência às reações dos participantes durante as atividades.

Mostrou ser desafiadora a tarefa do coordenador de não agir na intenção de conduzir o processo das atividades de modo idealizado, permitindo deste modo deixar as participantes se conduzirem por suas próprias dinâmicas. O que conduz ao debate sobre as competências técnicas e emocionais do próprio aplicador dos jogos teatrais, as quais podem interferir diretamente na aplicação da técnica e, conseqüentemente, nos possíveis resultados alcançados enquanto ferramenta de promoção de saúde mental.

Ressalta-se que uma atuação não intransigente e mais confiante para com as participantes, poderá contribuir muito para uma melhor possibilidade de resultados, favorecendo as participantes assumirem responsabilidades de se conduzirem, auxiliando à outra se conduzir.

A partir dos resultados desse estudo, sugere-se novos estudos com a aplicação desta proposta dos encontros grupais com as atividades teatrais, em diferentes populações, com

fatores sociais, econômicos e culturas distintos. Além disso, também seria de grande contribuição entrevistas iniciais com as usuárias de SPA em reabilitação para ver se possuem estrutura individual para participar do processo. Ainda, se vê importante a realização de avaliações psicológicas e/ou clínicas entre os participantes, em momento anterior e posterior a aplicação da técnica, para investigar os possíveis ganhos terapêuticos.

A despeito das inúmeras possibilidades de novas pesquisas para aperfeiçoamento da técnica, compreendeu-se pelos resultados do presente trabalho, que foi possível atender aos objetivos do Programa Mestrado Profissional, alcançando um produto final: um instrumento de promoção de saúde que une Arte e Psicologia, podendo ser utilizado por outros profissionais, em diferentes contextos institucionais de atenção à saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Alarcon, S., & Jorge, M.A.S. (2012). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (online, 346.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. ISBN: 978-85-7541-539-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575415399>>.
- Amarante, P. (2021). *Autobiografia de um movimento: quatro décadas de reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016)*– 1.ed. organização Paulo Amarante.– São Paulo Anvisa- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução(2001) – RDC Nº 101, de 30 de maio de 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0101_31_05_2001.html>.
- Aristóteles.(3840322 a.C.) (2011). *Poética / Aristóteles; tradução, textos complementares e notas*. São Paulo; EDIPRO, – (Clássicos Edipro).
- Aslan, O., Banu, G., Dobbels D., Flammin, C., Gayon, J., Gossott A., Hamon-Siréjols. C., Kuniyoshi(kazzuzko), Kurihara (Nanako), Mervant-Roux M.M., Morant, A., Picon-Vallin, B., Sas, M., Ténenbaum, Y. (2002/2004/2010). Paris: CNRS.
- Attigui, P. (2013). El juego teatral: un instrumento para pensar lo imposible. Elementos de psicopatología psicoanalítica para entender las psicosis. *Psicoanálisis* - XXXV (3),465-492.
- Azevedo, C.S. (jul/dez.2021). Processos depressivos e luto através de uma vertente Kleiniana: a experiência da perda de um bebê com malformação genética. *Cad. Psicanál*, 43(45), 133-151.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental – Teoria e Prática/* (trad Sandra Mallmann da Rosa, 2ª Edição).Artmed Editora Ltda.
- Bento, V.E.S.(2006) Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etiologia e psicanálise. *Psicologia USP*, 17(1), . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000100011>>.
- Berthold, M.(2010). *História Mundial do Teatro* (trad Maria Paula V. Zurawski, J. Guinsburg, Sérgio Coelho e Clóvis Garcia). Perspectiva.
- Bion, W. R. -1897-1979.(1991) *O aprender com a experiência* (trad. Paulo Dias Corrêa). Imago.
- Bion, W. R - 1897-1979.(2017) *Seminários italianos* (trad de André G. Growald; revisão técnica de Paulo Cesar Sandre e Vasco Moscovici da Cruz). Blucher.
- Bion, W. R. – 1897-1979.(1990). *Una teoría del pensamiento*. In W. R. Bion, *Volviendo a pensar* (pp. 151-164). Horme. (Trabalho original publicado em 1962).

- Bittar, D.B., Nakano, A.M. S. (Jan-Mar 2011). Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. *Texto Contexto Enferm*, 20(1),17-24.
- Brasil.(2001). *Constituição. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União.
- Brasil.(2003) Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids*. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil.(2010). Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil.(2004). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004*. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html .
- Buriola, A.A .; Silva, A.S.T.; Prestes, A.H.O.(2018). Análise de determinantes intrapessoais e interpessoais como motivos de recaída no contexto da dependência química. *J. nurs. health*.8(2):e188209. Disponível: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i2.14022> .
- Burnier, L.O– 1956-1995.(2009) *A arte de ator: de técnica à representação*– 2ª ed. – Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Butler, J. P. (2018) *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade* (trad. de Renato Aguiar.) – 16ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Câmara, G. (2012). O papel da droga para o sujeito no mal-estar da civilização atual. *Cogito* [online]13,5357.
Disponível:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-4792012000100008
- Campbell, J. (1990). *O poder do mito* / Joseph Campbell, com Bill Moyers; org. por Betty Sue Flowers; (trad de Carlos Felipe Moisés). Palas Athena.
- Carias, A.R., Granato, T.M.M. (2021). O sofrimento emocional de filhos alcoolistas; uma compreensão psicanalítica Winnicottiana. [online]. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 41 (3), e218542, 1-15. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003218542> .
- Cebriid II.(2006) *Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. / E. A. Carlini (supervisão), -

- São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de informação sobre Drogas psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- Cebriid.(2020) Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas / *Ministério da saúde divulga nota técnica com alterações nas políticas nacionais de saúde mental e de drogas*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de ética. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>.
- Conselho Federal de Psicologia.(2014). *Práticas Emergentes e Inovadoras de Psicólogos (as) no Campo das Políticas Públicas de Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2015). *Comunidades Terapêuticas*. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp-se-manifesta-contrariamente-a-resolucao-que-regulamenta-funcionamento-de-comunidades-terapeuticas/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Psicologia%20defende%20a%20utiliza%C3%A7%C3%A3o,para%20composi%C3%A7%C3%A3o%20das%20equipes%20multidisciplinares%20das%20Comunidades%20Terap%C3%AAuticas>>.
- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista. (2023). Disponível em: <https://www.unip.br/pesquisa/comite_etica_pesquisa.aspx>.
- De Leon, G. A.(2003) *Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Edições Loyola.
- Dolto, F. (2017) *A imagem do corpo* / Françoise Dolto; (trad Noemi Morita e Marise Levy). – 3. Ed. 1ª reimpr. – São Paulo: Perspectiva.
- Fazzio, F.E.(2019). *O tempo e o impacto da experiência estética na era da pre(s)sa: psicanálise e teatro performático*. (Dissertação de mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22555>>.
- Filho, L. C. U. J.(2014) Bion, epistemólogo. *Jornal de Psicanálise*. 47(86), 257-298. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v47n86/v47n86a21.pdf>>.
- Fiore, M.(2004). *Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de “drogas”*. Reunião Anual da ANPOCS, 28. Disponível em: <http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/t_mau1.pdf>.
- Fonseca, F.F., Sena, R.K., Santos, R. L., Dias O.V., Costa S.M. (jun 2013). As vulnerabilidade na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev. paul. pediatr.* 31 (2) .

- Freud, S. 1856-1939.(1996/2006). *Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)* / Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. 1856-1939.(1996/2006). *“Gradiva” de Jensen e outros trabalhos (1906-1908)* / Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. 1856-1939.(1996/2006). *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)* / Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. 1856-1939.(1996/2006). *Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)* / Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. 1856-1939.(1996/2006). *O Ego e o Id e outros trabalhos (1923-1925)* / Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. 1856-1939.(1996/2006). *Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos (1925-1926)* / Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago, 1996/2006.
- Freud, S. 1856-1939.(1996/2006). *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)* / Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira / Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna

- Freud; assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. – Rio de Janeiro: Imago.
- Fuchs, S.M.S., Peixoto Júnior, C.A.(2014) Sobre o trauma: contribuições de Ferenczi e Winnicott para a clínica psicanalítica. *Tempo psicanal.* [online]. 46(1),161-183.
- Garcia, C.A., Penna, C.M.P.A. (2010). O trabalho do negativo e a transmissão psíquica. [online]. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(3), 68-79. Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. ISSN: 0100-8692.
- Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2290/229017545009.pdf>>.
- Gattás. R.B.(2023) *As psicopatologias dos objetos transicionais e as relações afetivas adictivas segundo o enfoque de D. W. Winnicott* (Monografia).
- Gomes, T.B., Vecchia, M.D.(Jul 2018). Estratégia de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. REVISÃO . *Ciênc. saúde colet.* 23 (7).
- Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>>.
- Grotstein, J.S.(2010) *Um facho de intensa escuridão: o legado de Wilfred Bion à psicanálise* / James S. Grotstein; (trad: Maria Cristina Monteiro). – Porto Alegre: Artemid.
- Green, A. (1993) *Para introducir lo negativo em psicoanálisis*. In GREEN, A. El trabajo de lo negativo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Karkov, M.J., Caminha, R.M., Benetti, S.P.C.(dez 2005). Mecanismos Terapêuticos na Dependência Química. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2).
- Kessler, F., Diemen, L., Segnanfredo, A.C., Brandão, I., Saibro, P., Scheidt, B., Grillo, R., Ramos, S.P. (abril 2003). Psicodinâmica do Adolescente envolvido com drogas. *R. Psiquiatr.* RS, 25'(suplemento 1): 33-41. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rprs/a/jpBDHS5KRC3vRVJmQDR73qx/?format=pdf&lang=pt>>.
- Kiai. Med. Br.(2012) *Tratamento da dependência química – adicção*. Disponível em: <<https://kiai.med.br/formas-de-tratamento-da-dependencia-quimica-adiccao/>>.
- Klein, M– 1882-1960. (1997) *A psicanálise de crianças* / Melanie Klein; tradução Liana Pinto Chaves. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- Klein, M– 1882-1960. (1981). *Contribuições à psicanálise* / Melanie Klein; (trad por Miguel Maillet. – 2. ed.) – São Paulo: Mestre Jou.
- Klein, M. (1974). *Inveja e gratidão* / Melanie Klein – Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., Riviere, J. (1986). *Os progressos da psicanálise* / Melanie Klein; Paula Heimann; Susan Isaacs; Joan Riviere; (trad Álvaro Cabral). – Rio de janeiro: Ed. Guanabara.
- Lecoq, J.– 1921-1999. (2010) *O corpo poético: uma pedagogia da criação teatral* / Jacques

- Lecoq; com a colaboração de Jean-Gabriel Carasso e de Jean-Claude Lallias; (trad de Marcelo Gomes). – São Paulo: Editora Senac São Paulo: Edições SESC SO.
- Levisky, D. (2017). Privação e delinquência: caminhos e descaminhos da esperança. Uma contribuição psicanalítica para políticos e cidadãos brasileiros. *Ide (São Paulo)* [online], 39(63), 167-184. ISSN 0101-3106.
- Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-1062017000100013.
- Lopes, G. T., Bernardes, M.M.R., Ribeiro, A.P.L.P., Belchior, P.C., Delphim, L.M., Ferreira, R.S. (2014). Percepções de adolescentes sobre uso/dependência de drogas: o teatro como estratégia pedagógica. *Pesquisa escola Anna Nery*, 18(2).
- Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/GtyVRkQcq69VCnYS5vFBNcC/?lang=pt>>.
- López Acosta, C.(jul 2009). La decisión de entrar a um tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Ter. psicol.*; 27 (1): 119-127, ID: lil-558604. Disponível em:
- <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082009000100012>.
- Lucchese, R., Caixeta, F. C., Vieira, Y.S., Ivânia, V., Castro, R.L.(set 2017). Histórico de violência de mulher que vivencia o abuso de álcool e drogas. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 11(Supl. 9):3623-31. ISSN: 1981-8963. Disponível em:
- DOI:10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201714.
- Machado, A.P., Macedo, M.M.K. (2019). Impasses no adolescer: narrativas contemporâneas sobre desamparo e drogadição. [online]. *Athenea Digital*, 19(1), e1811. ISSN: 1578-8946. Disponível: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1811>.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; Adicção/Dependência Química – Diagnóstico – DSM-V. (2013). Disponível em:
- <<https://kiai.med.br/adiccao-dependencia-quimica-criterios-diagnosticos-dsm-v-adiccao/>>.
- Marcos, C. B. (2012) *Toxicomania, a busca pelo sagrado e o encontro impossível: leitura psicanalítica*. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/30377368.pdf>>.
- Marra, E.S. (dez. 2017). Representação-turbulência-experiência emocional: pensando a teoria da técnica. *Jornal de Psicanálise* –50(93), São Paulo.
- Martinez, L.S., Chassler, D., Cortes, M.A., Baum, M., Guzman-Betancourt, G., Reyes, D., Lopez, L.M., Roberts, M., De Jesus, D., Stewart, E., Muroff, J. (June 2020). Visual Ethnography: Decriminalization and Stable Housing Equals Motivation, Stability, and Recovery Among Latinx Populations. *Am J Public Health*: 110(6): 840–841. Published online.
- Martini, T. R. (2019). *O teatro como recurso terapêutico no Rede de Atenção Psicossocial de*

- Florianópolis* / Thaís Ramos Martini; orientador, Walter Ferreira de Oliveira, coorientador, Fernando Hellmann.
- Matheus, T.C. (2012). Diálogo sobre a adolescência e a ameaça da exclusão dos privilegiados. [online]. *Psicologia USP*, 23(4), 721-735. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012000400006>.
- McDougall, J. (2013). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise* / Joyce McDougall; {tradução Pedro Henrique Bernardes Rondon}. – 3ª ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Milaré, S. (2010). *Hierofania: o teatro segundo Antunes Filho* / Sebastião Milaré. – São Paulo: Edições SESC SP.
- Minayo, M.C.S. (2011). Análise qualitativa: teoria, passo, fidedignidade. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves), *Escola Nacional de Saúde pública (Ensp)*, Fundação Oswaldo Cruz. RJ.
- Minayo, M. C. S.(1992). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. Maria Cecília de Souza Minayo. São Paulo: Hucitec/Rio de janeiro: Abrasco.
- Ministérios da Saúde. (2004) Portaria Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html.
- Ministério da Saúde. (2012). Resolução nº 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Nascimento, G.C.G., Oliveira, M.A.F., Soares, R.H. (2020). Psicopatologia dos objetos transicionais: o olhar de Winnicott para a clínica das adicções. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte. [online], 26(3), 901-920. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/14639-Textodoartigo-99982-1-10-20210926.pdf>.
- Ogden, T.H. (1996). *Os sujeitos da psicanálise* / Thomas H. Ogden: tradução Claudia Berliner. – São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ogden, T.H., Muszkat, S. (2012). Sobre três formas de pensar: o pensamento mágico, o pensamento onírico e o pensamento transformativo. Traduzido por Alain François. *Rev. bras. Psicanál.* [online]. 46(2), 193-214. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2012000200016.
- Oliveira, A.V, Barbosa, F.C. (2022). O álcool como sintoma: uma estudo sobre o alcoolismo e psicanálise. *Revista Científica Cognitionis*. 5(2), 264-275. Disponível:

<https://revista.cognitioniss.org/index.php/cogn/article/view/116/111> .

- Pátaro, R.F., Calsa, G.C. (2020). Reflexões sobre a pesquisa com grupos focais nas ciências sociais e humanas: a questão da quantidade de participantes, proveniência e local de organização. *Revista Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo. 56(1): 1-12.
Disponível em :<<https://doi.org/10.4013/csu.2020.56.1.01>>.
- Peixoto, F– 1937-2012.(1989) *Teatro em movimento* / Fernando Peixoto. – 3ª ed. – São Paulo: Hucitec.
- Penna, C.(2018). O campo dos afetos:. *Cadernos de Psicanálise | CPRJ*, 39(37). 11-27.
Disponível: https://www.cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/3.
- Pereira, M.O., Vargas, D., Oliveira, M.A.F. (2012). Reflexão acerca da Política do Ministério da Saúde Brasileiro para a Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas sob a Óptica da Sociologia as Ausências e das Emergências. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) 8(1):9-16. Disponível em:
<<https://www.redalyc.org/pdf/803/80323610003.pdf>>.
- Raupp, L.M., Sapiro, C.M.A. (2008). “reeducação” de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 361-368. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/ptp/a/DsRVBvZXKRFHvvXnjKjgnCc/?format=pdf&lang=pt>>.
- Rameh-De-Albuquerque, R.C.(2020). *Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam drogas* / Rosana Carla Rameh-de-Albuquerque – Curitiba: CRV.
- Ribeiro, C.T., Fernandes, A.H.(2013). Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental* 16(2). Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/h4HCjwVbDrgTyS3rwhLMc9Q/?lang=pt>> .
- Rosa, L.S., Mackedanz, L. F.(2021). A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. *Revista Atas de Pesquisa em Educação/Blumenau*, v.16,e8574. Disponível em:<<https://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>>.
- Rosenfeld, A– 1912-1973.(2009) *A arte do teatro: aulas de Anatol Rosenfeld (1968)* / registradas por Neusa Martins. – São Paulo: Publifolha.
- Santos, F.A.B. (2016). *O corpo como espelho do outro: interlocuções entre Merleau-Ponty e Lacan..* (Dissertação de mestrado em Filosofia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9599> - .
- Santos, G. M., Puppi, L. V.(2022). Expressão corporal e saúde mental: experiência de estágio

- em psicologia no CAPS. *CadernoS de PsicologiaS*, Curitiba, 3. Disponível em: <https://cadernosdepsicologias.crppr.org>.
- Schimitch, P. B., Murta, G. A. V., Queiroz, S.S.(2019). A incidência do supereu no gozo toximaniaco e a contingência no percurso do tratamento. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde PUC-SP*, São Paulo, 28(1). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p61-77> .
- Schimitch, P. B., Murta, G. A. V., Queiroz, S.S. (2019). A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. *Psicologia USP*. 30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/7zyGyDjyvbP6KvYzzvVCJpr/?lang=pt>.
- Silva, R. M., Barbosa, M. A.; Lima, L. G. B. (2020) Usos e possibilidades metodológicas para os estudos qualitativos em Administração: explorando a Análise Temática. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*. RPCA/ Rio de Janeiro/ 14(1). Disponível em: <https://periodicos.uff.br/pca/article/view/38405/pdf>.
- Silva, L.S. (2021). Personagens falsos-selves no teatro transicional e a clínica psicanalítica contemporânea. *Estud. psicanal.* [online].55,05-211. ISSN 0100-3437. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372021000100019 .
- Silva, M.C.P. (2020). Só... Solidão...: Fronteiras entre a curva e a reta. *J. psicanal.* [online]. 53, (99), 137-160.
- Silvén Hagstrom, A., Forinder, U. (2022). ‘If I whistled in her ear she’d wake up: children’s narration about their experiences of growing up in alcoholic families. *Journal of Family studies* [online],28(1):216–238. Disponível: <https://doi.org/10.1080/13229400.2019.1699849>.
- Spitz R.A.– 1887-1974. (1979) *A formação do ego: uma teoria genética e de campo* / René A. Spitz; tradução Vera Lúcia Baptista de Souza; revisão Luiz Lorenzo Rivera. – São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- Steiner, J. (1997). *As posições esquizoparanóide e depressiva. Refúgios psíquicos*. John Steiner. – Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Strzykalski, S. (2019). *Adolescente? Eu sou sujeito homem! Reflexão sobre uma experiência de escuta na socio educação com jovens envolvidos com o tráfico de drogas/* (Dissertação de Mestrado); Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Sudbrack, M. F. O., Cestari, D. M. O modelo sistêmico e da educação para a saúde na prevenção da drogadição no contexto da escola: proposta do Projeto Piloto SENAD / MEC e UNB. In *Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente*, 2005, São Paulo (SP) [online]. 2005 [cited 31 October 2023]. Available from: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000008200

5000200083&lng=en&nrm=iso>.

Sussuaruna, A. C., Ribeiro, A. B., Santos, A. H. M.(2018). Do Ninho do Gozo ao Ninho do Cuidado: Corpo, Teatro e Saúde Mental. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, 10(25):84-95.

Taquette, S. (2007). *Mulher adolescente/jovem em situação de violência*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Disponível em: https://bvssp.iciict.fiocruz.br/pdf/mul_jovens.pdf.

Teixeira, A., Caldas, H. (2017). *Psicopatologia lacaniana: semiologia* / organizadores Antônio Teixeira e Heloísa Caldas. – 1. ed., 2. Reimp. – Belo Horizonte: Autêntica.

UNODC.(2021). *World Drug Report*. Disponível em: <<https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/wdr2021.html>>.

UNODC.(2020) *Relatório Mundial sobre Drogas 2020: consumo global de drogas aumenta,enquanto COVID19 impacta mercados, aponta relatório*.

Vasconcelos, M.P.N., Paiva, F.S., Vecchia, M.D.(2018). O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [online], 11(2):363-381. Disponível: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110212>.

Vianna, A.G., Jesus, A.F., Freitas, Y.P. (2017). As adicções: de que se trata?. *Analytica: Revista De Psicanálise*, 6(10), 76–88. Disponível: <http://seer.ufsj.edu.br/analytica/article/view/2506> .

Winnicott, D.W.– 1986-1971.(2019). *O brincar e a realidade* Donald Woods Winnicott; título original: *Playing and Reality*; (trad por Breno Longhi, revisão técnica de Leopoldo Fulgencio / Conselho técnico: Ana Lila Lejarraga, Christian Dunker, Gilberto Safra, Leopoldo Fulgencio, Tales Ab’Saber). São Paulo: Ubu Editora..

Winnicott, D.W.– 1986-1971.(1990). *Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro "self" (1960) / O ambiente e os processos de maturação*. (Trad: Irineo Constantino Schuch Ortiz). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Winnicott, D.W.– 1986-1971.(2012). **Privação e delinquência** / Donald Wodds Winnicott; (trad Álvaro Cabral; revisão Monica Stahel). – São Paulo: Ed WMF Martins Fontes, 5ª ed.

World Health Organization. (2015). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the world health organization*.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada **“O teatro como instrumento prático de promoção de saúde: Uma proposta de atuação pelo corpo sob a ótica psicanalítica”** que se refere a um projeto de pesquisa do participante psicólogo Roberto de Aguiar Junior (CRP: 06/135503), orientado pela Profa. Dra. Ana Paula Parada (CRP 06/81132), participantes que pertencem ao Curso de Mestrado Profissional em Práticas Institucionais de Saúde Mental da Universidade Paulista – UNIP.

O objetivo deste estudo é investigar o uso de dinâmicas teatrais, focadas na expressão pelo corpo/movimento, como técnica de grupo para promoção de saúde mental, visando analisar as possíveis expressões emocionais e fenômenos psicológicos emergidos durante sua prática com pessoas em tratamento de drogadição. Os resultados contribuirão para compreensão do processo de saúde mental junto às vivências dos adictos, bem como na elaboração de uma ferramenta de trabalho para promoção de saúde aos mesmos.

Sua forma de participação consiste em responder a uma entrevista, compostas por perguntas relacionadas a história de vida e ao abuso de drogas. Esta será gravada em áudio para posterior análise na íntegra. Após a entrevista, será convidado a participar de 6 encontros grupais, com duração aproximada de 1 hora cada, os quais serão agendados semanalmente. Nestes encontros, você e demais participantes serão orientados pelo pesquisador para executarem algumas atividades teatrais, em que poderão se comunicar de forma não verbal e verbal. Os encontros também serão gravados para posterior análise dos dados

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: médio e esse risco pode ser explicado como sentir algum desconforto psíquico-emocional durante a entrevista ou grupo. Diante dessa situação, você poderá contar com o apoio e orientação do psicólogo pesquisador principal. Caso necessário, você também poderá ser encaminhado para o Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da instituição de pesquisa.

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrente da sua participação nesta pesquisa: conversar e resgatar pontos principais de sua história de vida, refletir sobre como o uso de drogas ocorreu em sua história, experimentar técnicas/dinâmicas em grupo que podem favorecer melhor percepção sobre o corpo e sobre si. Caso tenha interesse você pode pedir o envio por e-mail do resultado da sua participação.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento entre em contato com o pesquisador responsável Roberto de Aguiar Junior, pelo e-mail clincapsicanalisando@gmail.com com cópia para o CEP-UNIP pelo e-mail cep@unip.br. Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Roberto de Aguiar Junior, pelo telefone (16) 3602-6737, mestrando pela UNIP – Universidade Paulista/Campus Ribeirão Preto, na Av. Carlos Consoni, 10 – Bloco B – Jd. Canadá – Ribeirão Preto SP, cujo e-mail é clincapsicanalisando@gmail.com.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo Psicólogo Roberto Aguiar Junior explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de

Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: , de de 20 .

(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, Roberto Aguiar Junior, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Roberto Aguiar Junior
(CRP: 06/135503)
Pesquisador Principal/Mestrando

Apêndice B – Roteiro de entrevista

Prezado participante,

Agradeço pela disponibilidade em participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender aspectos relativos a drogadição, tratamento e técnicas de atuação psicológicas. Para tanto, realizarei algumas perguntas e peço para que fique à vontade para respondê-las. Diante da autorização através do TCLE (Termo de Consentimento LivreEsclarecido), essa entrevista será gravada em áudio, para fins estritamente relacionados a este estudo e posterior análise na íntegra. Ressalto que sua identidade será mantida em sigilo.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Identificação (iniciais do nome):

sexo: _____ Naturalidade: _____ Estado civil: _____
 Escolaridade: _____ Data da entrevista: _____ Idade: _____
 Local de moradia: _____ Número e idade dos filhos: _____ Nível
 socioeconômico: _____ Local da entrevista: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

Bloco 1 - Dados da história de vida

1. Conte-me um pouco sobre você e sua história de vida (infância, adolescência e vida adulta)
2. O que você pensa sobre sua vida atual?
3. Nos dias atuais, como você geralmente se sente (principais sentimentos)?
4. Nos dias atuais, o que você geralmente pensa (principais pensamentos)?
5. Atualmente, você tem desejos, sonhos ou plano de vida? Quais?
6. Você acredita que esses desejos, sonhos, planos podem ser realizados?
7. Como habitualmente você age, diante de seus limites ou sentimentos negativos?
8. Como é sua vida relacional?
9. Como são suas relações familiares?
10. Conte-me sobre sua vida profissional.
11. Você deseja mudar algo em sua vida externa ou em você? O que e qual o motivo?

Bloco 2 - Histórico da drogadição e tratamento

1. O que você pensa sobre uso de drogas e vícios em geral?
2. Como o uso de drogas se deu em sua história de vida?
3. Você acha que o uso de drogas tem/teve alguma função para você?
4. Qual a relação emocional que você diria ter com a drogadição?
5. O que você sente ao pensar a respeito?
6. Qual sua opinião sobre as clínicas de reabilitação?
7. Como tem sido sua estadia nesta clínica de reabilitação?
8. Você já esteve em alguma outra clínica de reabilitação?

9. Como você veio para esta clínica de reabilitação?
10. O que te fez decidir estar em tratamento nesta clínica de reabilitação?
11. O que você espera desta clínica e/ou do tratamento oferecido?
12. O que você espera de você junto a esta clínica e/ou tratamento?
13. Você conhece tipos de tratamentos voltados à drogadição?
14. Quais você tem utilizado?
15. Você percebe resultados?
16. Você enfrenta dificuldades no tratamento?
17. Você sabe o que é um tratamento alternativo?
18. O que você pensa a respeito dele?
19. Você poderia me falar de alguma experiência junto a um tratamento alternativo?
20. Você já participou de trabalhos/tratamentos que envolvem movimentos corporais e/ou teatro?

Bloco 3 – Dados sobre a mente-corpo e autoimagem

1. Atualmente, como você se percebe fisicamente?
2. Quais são seus sentimentos com relação a sua aparência?
3. Você possui cuidados com relação ao seu corpo? Quais?
4. O seu corpo conta um pouco sobre você e sua história? Conte-me o que pensa a respeito.

**Em seguida, perguntar ao voluntário se ele deseja acrescentar alguma informação e convidá-lo para participar dos encontros em grupo.*

Apêndice C – Descrição das atividades propostas para os encontros grupais **Estrutura geral dos encontros:**

Os encontros serão realizados em grupo, composto por no máximo 5 voluntários, o coordenador (pesquisador principal) e um auxiliar de pesquisa. Cada encontro terá duração média de uma hora e meia. Após exposição das regras de funcionamento do grupo será dada uma explicação da proposta do encontro aos participantes, no qual será aplicado um exercício corporal de teatro para expressão não verbal e/ou verbal, seguido de uma roda de conversas para exposição dos principais sentimentos, pensamentos e percepções surgidas ao longo do exercício. Segue abaixo descrição detalhada de cada encontro.

Encontro 1: O despertar para o nascimento

O objetivo é observar como os participantes se manifestam na relação íntima a partir do sentir no seu corpo. Será solicitado a eles que se posicionem com o corpo deitado no chão em posição de feto. Para tanto, o coordenador do grupo deverá:

- Primeiramente, estimular os participantes a exercitarem o silêncio sugerido pelo estado parado do corpo, até que internamente se atinja certo atrito íntimo em se manter naquela posição;
- Nesse instante deve-se permitir o movimento pulsante interno romper com aquela resistência surgida, a fim do participante desabrochar seu corpo por seu movimento de *fisicidade* (BUERNIER, 2009) / *mimetismo* (LECOQ, 2010);
- O coordenador deverá então atentar-se aos movimentos das partes dos corpos dos participantes dados por esse “nascer”, estimulando a integração destas partes pelo movimento constante e ininterrupto de seus membros com seu tronco e sua cabeça até seu percebido término (definido este pelo participante), o qual se propõe acontecer de pé;
- Ao terminar do exercício, os participantes (agora em pé) serão orientados a retornarem ao estado interno da primeira fase deste exercício, ou seja, no silêncio proposto pelo movimento encontrado no parado; neste ínterim, percebendo qual a emoção que lhes surgem, expressando-a em forma de movimento interno;
- Ao final, o coordenador irá abrir espaço para a discussão das descobertas que cada participante se deu pelo transitar cênico junto ao seu corpo em direção ao seu nascimento, seguindo-se de um diálogo que se proponha manter-se no processo sugerido como forma de auto-conhecimento.

Encontro2: no descobrir-se do caminhar

O objetivo é observar a relação emocional do participante com o seu eu. Sugere-se aos participantes posicionarem o corpo em pé (torcido ou dobrado), em silêncio, para em seguida caminharem. Para tanto, o coordenador do grupo deverá:

- Propor ao participante sentir-se naquele atrito íntimo já exercitado na vivência

anterior, junto ao seu limite de se manter na sua posição escolhida (torcida ou dobrada). O participante deverá se observar e se experimentar a partir do que emocionalmente passe a sentir junto às articulações desse corpo inteiro, procurando intensificar sua vontade de romper-se;

- Rompendo-se àquela resistência, o participante buscará encontrar um movimento que permita se locomover em seu desequilíbrio corporal (proposto este pelo próprio corpo torcido ou dobrado), ao qual deverá se permitir seguir-se até sua exaustão de modo que o término daquele movimento simplesmente aconteça;
- Seguindo-se à descoberta do corpo parado, que permite ao participante sentir o centro do seu corpo de modo a lhe conduzir à consciência do seu mal-estar, e do que fazer para se libertar dele;
- Após seu respiro e percepção de seu corpo recomeça-se o exercício até o seu fim, porém, agora em posição ereta.
- Em seguida, abre-se à discussão para observar as descobertas cênicas feitas tanto quanto as emoções sentidas através do corpo parado e em movimento.

Encontro 3: No encontro com o seu andar

O objetivo é observar como os voluntários se percebem em seu ter que caminhar. Sugere-se aos participantes encontrar seu posicionamento junto ao seu corpo cênico. Para tanto, o coordenador irá:

- Propor ao participante integrar-se com sua respiração, junto à qual possa conscientemente se dirigir ao seu silêncio pelo corpo parado;
- Percebido o movimento íntimo do seu tempo interno insuportável em se manter parado, o participante se permitirá romper à resistência surgida, locomovendo-se;
- Em curso com sua locomoção, sugere-se esta acontecer com parcimônia, de modo que o participante se perceba em seu passo a passo, dado pelo pulsar de seu corpo, conduzido por sua “própria” respiração;
- O término deste andar deverá ocorrer pela própria exaustão da respiração. Neste momento de retorno e retomada ao movimento parado, sugere-se ao participante se observar por sua respiração, reorganizando-se pela visão que este inspirar e expirar o fará se perceber;

- Retomado seu posicionamento de equilíbrio, sugere-se ao participante voltar a experimentar seu desequilíbrio por meio das mesmas orientações acima dadas, ou seja, pelo agora já vivido;
- Ao final, abre-se à discussão para observar as descobertas cênicas feitas, tanto quanto as emoções sentidas através do corpo pelos participantes.

Encontro 4: do andar à improvisação

O objetivo é observar possíveis recursos e a manifestação de conteúdos superegóicos, frente à tarefa, obstáculo e/ou possível frustração. Para tanto, o coordenador irá:

- Em posicionamento de pé, sugere-se aos participantes proporem uma persona (máscara) e, conseqüentemente posicionarem-se frente a um obstáculo (cadeira, escada, árvore, roupa no chão, etc...).
- Será proposto ao participante junto a sua respiração encontrar-se com seu tempo silencioso e intenso o mais prontamente possível de sua parte.
- Rompido à sua resistência, ele deverá se encontrar com o andar que melhor o identifique com a sua persona (máscara), o qual o levará frente ao seu obstáculo;
- Diante do obstáculo, o participante deverá descobrir como se desviar dele, sem que ele seja tocado ou transferido. Neste ínterim, sugere-se ao participante utilizar de suas memórias corporais com fim de por suas sensações vividas, vir a improvisar para conseguir desviar do obstáculo;
- Alcançado o objetivo proposto, será sugerido ao participante recomeçar o exercício, porém sendo orientado a não mais desviar do obstáculo, mas com ele criar uma cena que se sustente no silêncio. De modo que frente e junto ao obstáculo deverá romper com a resistência que este o propuser, seguindo-se agora junto com o obstáculo ao desenvolvimento da cena criativa e improvisada, até o fim desta.
- Abre-se à discussão para observar as descobertas cênicas feitas tanto quanto as emoções sentidas, através do corpo, pelos participantes.

Encontro 5: Na relação

O objetivo é observar possíveis forças e/ou fraquezas do ego na relação com o outro.

Será sugerido aos participantes realizar uma atividade de improvisação. O coordenador irá:

- Sugerir aos participantes respeitarem seus movimentos internos de silêncio, respiração, rompimento, movimento à exaustão e término da conversação;
- Solicitar uma improvisação, não-verbal ou verbal, em que os participantes deverão evitar racionalizar, deixando que a atividade de improvisação aconteça pelo lado criativo e proposto no momento.
- É importante que cada participante não se esqueça de se escutar para relembrar o que vivenciou intimamente e fisicamente até este momento do jogo. Empenhando-se, deste modo, ao escutar o tempo do outro como se fosse seu próprio tempo, para que a improvisação flua;
- Porém, mesmo que ela não ocorra, deverão os participantes retornar e retomar a partir do silêncio que os coloque intimamente com eles mesmos novamente.
- Abre-se à discussão para observar as descobertas cênicas feitas tanto quanto as emoções sentidas, através do corpo, pelos participantes.

Encontro 6: o ping-pong sem raquete

O objetivo é conhecer as percepções dos participantes sobre os principais sentimentos e pensamentos emergidos durante os encontros. Neste encontro, o coordenador estimulará os participantes a oferecerem uma avaliação democrática sobre o trabalho realizado.

- Primeiramente, será feito um agradecimento a todos que pacientemente participaram do estudo;
- Em seguida, o coordenador irá solicitar inicialmente que os participantes elejam critérios avaliativos, os quais eles julgam importantes para avaliar os resultados do trabalho desenvolvido. Em seguida, o coordenador pedirá a cada participante, que avalie segundo critérios elegidos.
- Na roda de conversas, buscará compreender as percepções convergentes e divergentes entre os participantes.

Ao final, será realizada uma singela confraternização entre os participantes, coordenador e auxiliar, encerrando o trabalho.